

GLEICIMARA ARAUJO QUEIROZ

**QUALIDADE DE VIDA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CONSIDERAÇÕES A
PARTIR DE UM MODELO ALTERNATIVO DE
ASSISTÊNCIA**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GLEICIMARA ARAUJO QUEIROZ

**QUALIDADE DE VIDA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CONSIDERAÇÕES A
PARTIR DE UM MODELO ALTERNATIVO DE
ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Sócio-educativos

Orientador: Prof. Dr. Marcos Vieira Silva

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2010

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2010



PROGRAMA DE
MESTRADO EM
PSICOLOGIA

A Dissertação “A QUALIDADE DE VIDA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM MODELO ALTERNATIVO DE ASSISTÊNCIA”

elaborada por: Gleicimara Araujo Queiroz

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, de de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Vieira Silva - (UFSJ)
Orientador

Prof(a). Dr(a). - (.....)

Prof(a). Dr(a). Valéria Heloísa Kemp - (UFSJ)

Q3q	<p>Queiroz, Gleicimara Araujo</p> <p>Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência [manuscrito] / Gleicimara Araújo Queiroz .– 2010. 140f.; il.</p> <p>Orientador: Marcos Vieira Silva.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João del Rei, Departamento de Psicologia.</p> <p>Referências: f. 131-140.</p> <p>1. Afeto (Psicologia) – Teses. 2. Identidade (Psicologia) – Teses. 3. Idosos – Teses. 4. Idosos – Assistência em instituições – Teses. 5. Centros de cuidados diários para idosos – Teses. I. Universidade Federal de São João del Rei. Departamento de Psicologia. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 159.922.6</p>
-----	--

Dedico este trabalho à minha querida “Vó Olinda”. Exemplo de vida, que com sua doçura ensinou a todos a simplicidade da felicidade e como envelhecer com completude.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais João e Marta, os grandes responsáveis pela minha conquista, pelo apoio incondicional aos meus sonhos, mesmo na adversidade. Obrigada por acreditarem em mim.

Ao meu irmão Saulo, pela companhia, ajuda e paciência ao longo desta jornada. Principalmente por me lembrar de aproveitar a vida.

À minha irmã Helisa, que mesmo de longe esteve sempre ao meu lado, torcendo por mim, vibrando com minhas conquistas e me amparando na dificuldade.

As minhas amigas/irmãs Natália, Gisele, Patrícia e Camila sempre presentes em todos os momentos de minha vida.

Ao meu orientador Marcos Vieira, que desde a graduação me acompanha e incentiva, com o carinho e a paciência de um Pai. Obrigada por me ensinar com liberdade para criar, a fazer a pesquisa com paixão e por confiar em meus passos.

Ao professor Miguel Quinteiro (UNIME/Itabuna) pelo apoio nas análises quantitativas.

A todo o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSJ por nos proporcionar um salto no conhecimento. Pela força e garra em criar um programa de mestrado de qualidade, superior às diferenças, apesar das dificuldades.

Aos colegas da primeira turma do mestrado da PPGPSI/UFSJ pelas inúmeras sessões de debate na cantina, que decerto contribuíram para a construção desta pesquisa.

A todos os meus alunos pela oportunidade da aprendizagem, fonte de motivação para lecionar com paixão todos os dias.

Às idosas da Vila Vicentina pelo carinho e disponibilidade com que me receberam em suas casas ao longo da pesquisa.

Aos Vicentinos pela autorização para realização da pesquisa, bem como pela confiança depositada neste trabalho.

Ao CNPq pela concessão da Bolsa imprescindível para a realização desta pesquisa.

A Jorge Klotz (English in Focus) pelo auxílio na produção do Abstract.

A todos que de certa forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

O VELHO
Chico Buarque

O velho sem conselhos
De joelhos
De partida
Carrega com certeza
Todo o peso
Da sua vida
Então eu lhe pergunto pelo amor
A vida inteira, diz que se guardou
Do carnaval, da brincadeira
Que ele não brincou
Me diga agora
O que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo
Pra deixar
Nada
Só a caminhada
Longa, pra nenhum lugar

O velho de partida
Deixa a vida
Sem saudades
Sem dívidas, sem saldo
Sem rival
Ou amizade
Então eu lhe pergunto pelo amor
Ele me diz que sempre se escondeu
Não se comprometeu
Nem nunca se entregou
E diga agora
O que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo
Pra deixar
Nada
E eu vejo a triste estrada
Onde um dia eu vou parar

O velho vai-se agora
Vai-se embora
Sem bagagem
Não se sabe pra que veio
Foi passeio
Foi Passagem
Então eu lhe pergunto pelo amor
Ele me é franco
Mostra um verso manco
De um caderno em branco
Que já se fechou
Me diga agora
O que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo
Pra deixar
Não
Foi tudo escrito em vão
E eu lhe peço perdão
Mas não vou lastimar

RESUMO

O aumento mundial da população idosa e, conseqüentemente, da demanda por atendimento nos serviços sociais e de saúde, tem gerado um alarme entre os estudiosos do tema quanto à possibilidade de escassez de leitos para atendimento. Tão importante quanto o aumento da oferta de leitos é repensar os modelos assistenciais vigentes para esta população. O atual descaso com os idosos, aliado à ideologia pós-moderna de negação da velhice, faz com que o atendimento prioritário a esta população se dê em Instituições de Longa Permanência com regime de guarda asilar, que atuam de forma segregatória, deixando esta população à margem da sociedade. Nas tradicionais ILPI's os idosos passam a maior parte do dia em inatividade, isolados do mundo externo e sob regras rígidas de funcionamento. Em busca de alternativas ao modelo assistencial clássico foi realizado um estudo em uma Vila Vicentina que atua de forma distinta ao modelo totalitário. Nesta instituição seus moradores possuem liberdade de ir e vir, habitam casas individuais organizadas a seu próprio modo, realizam suas atividades básicas da vida cotidiana de forma livre e mantêm total acesso à comunidade. Assim, a instituição consegue proporcionar um ambiente em que o idoso mantém e estabelece novos vínculos com outros idosos, suas famílias e com a sociedade em geral, podendo vivenciar de forma plena suas relações afetivas. Os idosos também podem manter seu processo de contínua produção da identidade a partir da liberdade de ação e possibilidade de experienciar sua individualidade, bem como pela manutenção de seus objetos biográficos. As relações de poder são vivenciadas a partir das normas institucionais, e até mesmo vistas de forma personificada em uma das moradoras, no entanto, elas se dão de forma fluida, e como nos afirma Foucault, estarão sempre presentes em forma de uma superestrutura, que acaba por ser produtiva. Apesar das deficiências estruturais do local, e das questões normativas, esta estrutura de funcionamento garante aos idosos níveis satisfatórios de Qualidade de Vida em todos os domínios, psicológico, físico, relações sociais e do ambiente. Os resultados deste estudo trazem apontamentos para o estabelecimento de novos modelos de assistência, que proporcionem Qualidade de Vida, uma vez que as atuais Instituições de Longa Permanência para Idosos atuam baseadas no já superado modelo manicomial.

Palavras-chave: Afetividade, Identidade, Terceira Idade, Vínculos e Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The worldwide increase in the elderly population and therefore the demand for assistance in social services and health has generated alarm among scholars of the subject about the possibility of a shortage of beds for care. As important as increasing the supply of beds is to rethink current models of care for this population. The neglect for the elderly, combined with the ideology of post-modern denial of aging, makes the priority attention to this population happen on long-term institutions with police custody asylum, which works in a segregated way, leaving the population to the margins of the society. In the traditional LPI's senior citizens spend most of the day in inactivity, isolated from the outside world and under strict rules of operation. In search of alternatives to traditional care model, a study took place in a Vincentian Village that acts differently to the totalitarian model. In this institution the residents have the freedom to walk in or out at anytime. They live in individual houses organized in their own way, carry out their basic activities of daily life freely and retain full access to the community. Thus, the institution can provide an environment that allows the elderly to make new connections with other people, their families and society in general, and to fully experience their relationships. The elderly people can also keep up their process of continuous production of identity based on the freedom of action and on the opportunity to experience their individuality as well as the maintenance of their biographical objects. The relations with power are experienced from the institutional rules, and even personified in one of the residents, however, they happen in a smoothly way, and as quoted by Foucault (1979), these relations will always be present in the form of a superstructure, which turns out to be productive. Despite the structural deficiencies of the site and regulatory issues, this operating structure ensures the elderly a satisfactory level of quality of life in all areas, psychological, physical, social and environmental. The result of this study suggests the establishment of new models of care, which can provide quality of life, since the current institutions for the aged are based on the work already surpassed of the asylum model.

Key-words: affection, Identity, Senior Citizens, Bonding and Quality of Life

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	23
1.1 <i>Envelhecimento</i>	23
1.2 <i>Conceito de Idoso</i>	25
1.3 <i>Representações do Envelhecimento</i>	26
1.4 <i>Gerontologia e Geriatria</i>	30
1.5 <i>A família e o Idoso</i>	33
CAPÍTULO 2 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	36
2.1 <i>Modalidades de Atendimento à Idosos</i>	36
2.2 <i>Análise Institucional</i>	42
2.3 <i>As Especificidades da Intervenção em Instituições de Longa Permanência para Idoso.</i>	45
2.4 <i>Especificidades e Entraves</i>	46
CAPÍTULO 3 – A PSICOLOGIA SOCIAL E A TEORIA DE GRUPOS	53
3.1 <i>Afetividade</i>	55
3.2 <i>Identidade</i>	56
3.3 <i>Poder</i>	61
3.4 <i>Qualidade de Vida</i>	64
CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS	68
4.1 <i>Objetivos Gerais</i>	68
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	68
CAPÍTULO 5 – MÉTODO	69
5.1 <i>Campo de Pesquisa</i>	71
5.1.1 <i>A SSVP</i>	72
5.1.2 <i>Perfil dos Idosos no Brasil</i>	75
5.1.3 <i>Perfil dos Idosos na cidade de Varginha</i>	76

5.1.4 <i>Sujeitos da Pesquisa</i>	77
5.2 <i>Coleta de Dados</i>	79
5.2.1 <i>Observação Participante</i>	79
5.2.2 <i>Diário de Campo</i>	80
5.2.3 <i>Questionário</i>	80
5.2.4 <i>Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref</i>	81
5.2.5 <i>Entrevistas Semi-estruturadas</i>	82
5.3 <i>Análise dos Dados</i>	83
5.4 <i>Considerações Éticas</i>	85
5.4.1 <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	86
CAPÍTULO 6 - RESULTADOS	88
6.1 <i>Análise do Questionário Sócio-Demográfico</i>	88
6.2 <i>Análise da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref</i>	102
6.3 <i>Histórias Singulares que se Cruzam em uma Vila Vicentina: A formação da Identidade de Idoso</i>	110
6.3.1 <i>Motivos para Entrada: Entre o Abandono e a Escolha</i>	110
6.3.2 <i>Qualidade de Vida: Tudo Bem Graças a Deus!</i>	116
6.3.3 <i>Antes só do que Mal Acompanhada</i>	118
6.3.4 <i>Pobre Velhinha... A Dificuldade da Criação da Identidade de Idoso e o Não Reconhecimento da Própria Velhice</i>	120
6.3.5 <i>Liberdade Sim, Mas Com Limites</i>	121
6.3.6 <i>A Tomadeira de Conta</i>	123
6.3.7 <i>Trabalho: Relação de Libertação ou Escravidão?</i>	125
6.3.8 <i>Futuro? Velho Não tem Planos para o Futuro</i>	127
6.3.9 <i>Relações Afetivas: Cuidados de Uma Com as Outras</i>	128
6.3.10 <i>Asilo: Um Futuro Sempre A Espreita</i>	131
CAPÍTULO 7 – DISCUSSÕES	132
CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	144

ANEXOS

1. Questionário	155
2. WHOQOL-bref	158
3. Roteiro de Entrevista	162
4. TCLE	163

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<i>Gráfico 1</i>	<i>– Estado Civil</i>	<i>89</i>
<i>Gráfico 2</i>	<i>– Presença de familiares na cidade</i>	<i>89</i>
<i>Gráfico 3</i>	<i>– Local onde residia antes da institucionalização</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 4</i>	<i>– Possui filhos</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 5</i>	<i>– Tempo de permanência na instituição</i>	<i>91</i>
<i>Gráfico 6</i>	<i>– Grau de escolaridade</i>	<i>91</i>
<i>Gráfico 7</i>	<i>– Tipo de Benefício</i>	<i>92</i>
<i>Gráfico 8</i>	<i>– Profissão</i>	<i>92</i>
<i>Gráfico 9</i>	<i>– Quem o ajuda financeiramente</i>	<i>91</i>
<i>Gráfico 10</i>	<i>– Qual parente o idoso ajuda financeiramente</i>	<i>93</i>
<i>Gráfico 11</i>	<i>– Problema de saúde grave</i>	<i>94</i>
<i>Gráfico 12</i>	<i>– Doença crônica que possui</i>	<i>94</i>
<i>Gráfico 13</i>	<i>– Quantidade de medicamentos de uso prolongado utilizado pelos idosos</i>	<i>95</i>
<i>Gráfico 14</i>	<i>– Queixa da ultima visita ao médico</i>	<i>96</i>
<i>Gráfico 15</i>	<i>– Localização das dores</i>	<i>96</i>
<i>Gráfico 16</i>	<i>– Tipo de atendimento médico utilizado</i>	<i>97</i>
<i>Gráfico 17</i>	<i>– Especialista mais procurado</i>	<i>97</i>
<i>Gráfico 18</i>	<i>– Tipo de atividade física praticada</i>	<i>98</i>
<i>Gráfico 19</i>	<i>– Atividades que realiza sozinho</i>	<i>98</i>
<i>Gráfico 20</i>	<i>– Quem auxilia quando necessário</i>	<i>99</i>
<i>Gráfico 21</i>	<i>– Atividades que realiza pelo menos uma vez por semana</i>	<i>100</i>
<i>Gráfico 22</i>	<i>– Atividade com que gasta a maior parte do dia</i>	<i>101</i>
<i>Gráfico 23</i>	<i>– Frequência com que participa de cultos</i>	<i>102</i>
<i>Gráfico 24</i>	<i>– Média dos domínios</i>	<i>103</i>

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1</i>	<i>– Resultado da Qualidade de Vida Geral</i>	<i>103</i>
<i>Tabela 2</i>	<i>– Escores dos domínios</i>	<i>104</i>

INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir de inquietações vivenciadas com as atividades de Iniciação Científica, quando trabalhava na pesquisa: *“Afetividade, Identidade e Poder: características e articulações com o desenvolvimento do processo grupal”*¹. Nesta pesquisa eram investigados oito grupos, entre estes três pertencentes a Instituições de Longa Permanência para Idosos² [ILPI's], todas com características de instituições totais, que, de acordo com Goffman (1974), são instituições onde todos os aspectos da vida são realizados em um só local e sob uma única autoridade. A pesquisa com estes grupos durou dois anos, mas as questões ligadas às ILPI's eram as que mais nos chamavam a atenção. O sofrimento dos idosos que viviam inertes na instituição, a vida cerceada e cheia de limites, o abandono dos familiares, a longa espera de todos os dias. Também havia poucos momentos de graça, as horas de intervenção das estagiárias, os cuidadores que realmente cuidavam, as visitas de grupos da comunidade e as festas esporádicas que traziam lampejos de alegria. E sempre permanecia uma questão: No fim da vida é assim que gostaríamos de estar?

Alguns anos depois de concluída a pesquisa, nos deparamos com uma instituição que propõe um atendimento bastante diferenciado, na qual os idosos possuem maior autonomia em suas vidas. Foi quando surgiu o interesse em investigar como vivem os idosos em um modelo alternativo às Instituições de Longa Permanência. Mais especificamente, interessa-nos investigar como se dão as relações de afetividade, identidade, poder, o desenvolvimento do processo grupal e como é a qualidade de vida dos idosos residentes nestes locais.

Estudiosos do tema, como Néri (1993), ressaltam a importância de se identificar e analisar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar, o que além de ser um empreendimento de caráter sócio-cultural é um desafio aos pesquisadores de todos os tempos, principalmente quando consideramos a qualidade de vida na velhice, que implica múltiplos aspectos: biológicos, psíquicos, e sociais. Cada um desses critérios pode refletir-se de maneira diferente em cada sujeito, portanto a velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade e referenciada ao

¹ Pesquisa desenvolvida pelo LAPIP – Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial da UFSJ, com o financiamento da FAPEMIG e bolsa de IC do CNPq, durante os anos de 2003 e 2004.

² A Casa do Velho Amigo de Barbacena, o Albergue Santo Antônio de São João del-Rei e o Lar Monsenhor Assis, de Prados.

sistema de valores que vigora num período histórico determinado em uma unidade sócio-cultural.

Um fenômeno que vem chamando a atenção e nos convida a pensar sobre políticas de atendimento aos idosos é que dados de estudos recentes apontam para o crescimento da população idosa no Brasil, sendo esta uma tendência mundial. Diversos estudiosos têm se preocupado com esta questão e estima-se que em 2025 o Brasil será o sexto país com a maior população de idosos no mundo (Brum, Tocantins & Silva, 2005). Este vertiginoso crescimento da população idosa se dá tanto com o aumento da população, como em anos de sobrevida e já está causando profundo impacto na economia, nas relações familiares e no sistema de saúde (Bos & Bos, 2004; Gorzoni & Pires, 2006). Tais projeções são baseadas em estimativas conservadoras com relação à fecundidade e mortalidade, ou seja, baseadas na manutenção das taxas atuais de crescimento demográfico, sendo que se ocorrer uma acentuada melhoria das condições sociais nas zonas mais carentes, como o Nordeste, a perspectiva de vida da população brasileira aumentará em proporções significativas (Davim, Torres & Lima, 2004).

Os novos arranjos familiares brasileiros – ocasionados pelos efeitos sócio-econômicos, demográficos, de saúde, tamanho da prole, separações, entrada da mulher no mercado de trabalho, celibato, mortalidade, viuvez, re-casamentos e migrações – reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro, o que faz com que muitas vezes o idoso more sozinho, com outros parentes ou em instituições de longa permanência para idosos (Davim *et al.*, 2004). De acordo com Chaimowicz e Greco, (1999):

os fatores de risco para a institucionalização, como morar só, suporte social precário e baixa renda (associados à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento de gastos com a própria saúde) são cada vez mais freqüentes no Brasil.

Assim, os idosos, muitas vezes são colocados às margens do convívio social, vivendo em instituições asilares, principalmente devido à fragilidade do tripé família-Estado-sociedade, que tem sido incapaz de garantir a manutenção de idosos com baixos níveis de dependência em seu domicílio (Chaimowicz & Greco, 1999). Em grande parte dos casos os idosos poderiam continuar em suas casas. Na Inglaterra estima-se que 1/3 dos idosos institucionalizados poderiam ser mantidos em casa, 3/4 por serem física e mentalmente capacitados para tal e 3/4 a custos muito menores para o estado.

É sabido que a internação de idosos em instituições de longa permanência é uma alternativa em algumas situações, como por exemplo: necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados. Em países desenvolvidos a internação de idosos com baixos níveis de dependência é uma prática abolida, e considerada similar ao tratamento psiquiátrico baseado no modelo manicomial (Chaimowicz & Greco, 1999). No Brasil, embora grande proporção de idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, há um grande número de internos com baixos níveis de dependência, sendo a miséria e o abandono os principais motivos da institucionalização (Davim *et al.*, 2004).

É importante ressaltar que a maioria das instituições de longa permanência, em especial nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e São Paulo, são mantidas por instituições de caridade como a Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP). Isso reflete a situação atual de ausência do Estado que faz com que a comunidade precise tomar a iniciativa em promover assistência aos idosos, sendo que 65% dos asilos são vinculados à SSVP, 15% a entidades religiosas e os restantes ligados à iniciativa privada (Chaimowicz & Greco, 1999).

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.471 de 1º de outubro de 2003, Cap.II, Art. 49 prevê que:

- As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:
- I.Preservação dos vínculos familiares;
 - II.Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
 - III.Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
 - IV.Participação do idoso em atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
 - V.Observância dos direitos e garantias dos idosos;
 - VI.Preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Apesar da promulgação do estatuto do idoso, poucas práticas têm sido mudadas. Pode-se notar que ainda não existem acompanhamento e fiscalização efetivos por parte do Estado. A sociedade organizada tem buscado debater e sistematizar mudanças na situação do idoso, porém este movimento ainda é incipiente. Desta forma, até o presente momento, não houve mudanças no atendimento prestado aos idosos pelas instituições de longa permanência.

Geralmente os asilos são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades dos idosos. Não cumprem a oferta mínima de assistência social e cuidados básicos de higiene e alimentação. E como o atendimento prioritário é o da saúde, o atendimento psicossocial fica relegado ao segundo plano. Essas instituições dificultam as relações interpessoais nos contextos comunitários, indispensáveis à construção de sua cidadania. Constituem, também, a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como inconveniente favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, produzindo, dessa forma, conseqüências negativas à sua qualidade de vida (Davim *et al.*, 2004).

A maior parte das instituições de longa permanência para idosos que seguem o modelo asilar possui as mesmas características, são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos, divididos em alas, onde eles vivem como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, horários rígidos, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. A maior parte dessas casas não mantém o mínimo quadro de pessoal especializado para assistência social e à saúde, ou não possuem uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo (Davim *et al.*, 2004).

Estudos realizados na cidade de Belo Horizonte mostraram que 98% das instituições de longa permanência para idosos não possuíam enfermeiras e em 96% delas o atendimento médico era realizado em postos de saúde ou por médicos voluntários em visitas esporádicas; atividades de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia eram oferecidas em menos de 15% das instituições (Chaimowicz & Greco, 1999). Na realidade, muitas vezes o que se encontra são depósitos de pessoas, que, fundamentados na idéia de amor ao próximo e amparo aos desabrigados, consideram que os abrigos, juntamente com os cuidados a eles prestados, são suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida.

Quando se trata de grupos de idosos asilados ficam evidentes suas especificidades, uma vez que são sujeitos segregados socialmente. Os antecedentes históricos acerca do envelhecimento juntamente com as noções de disciplinas científicas, mitos e crenças pseudocientíficas contribuem para a determinação da ideologia da velhice corrente na sociedade, que vê esta fase como um momento de perdas e de exclusão social.

A assistência prestada ao idoso é *baseada em uma mentalidade da doença na rede social de prevenção do envelhecimento no sistema de saúde, como operação de interrupção do processo de estabilidade funcional sistêmica da sociedade* (Gardini, 2000).

Ainda, segundo a autora, de acordo com a linguagem política a constituição do corpo, enquanto físico, segundo um uso lingüístico ainda em vigor, é avaliável à luz do critério saudável-doente, ou seja: capaz, relativamente incapaz e absolutamente incapaz, o que corrobora ainda com a idéia de mercado de consumo.

Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999), em seu estudo sobre a representação social da velhice demonstrou que fica clara a imagem da perda associada ao envelhecimento, sendo ela variável com relação ao sexo do entrevistado: a primeira é a representação doméstica e feminina onde a perda dos laços familiares é central, a segunda tipicamente masculina apóia-se na noção de atividade, caracterizando o envelhecimento como perda do ritmo de trabalho, e a última apresenta o envelhecimento como desgaste da máquina humana.

Esta visão de envelhecimento baseada estritamente no modelo biológico, que compreende a velhice como um momento de perdas, rupturas e predomínio de doenças subsidia práticas de atendimento segregatórias e que não privilegia os aspectos psicológicos e sociais do sujeito idoso.

A entrada em uma instituição de regime de guarda asilar, segundo a definição de Goffman (1974), faz com que a afetividade não seja vivenciada plenamente. De acordo com Pagès (1976), *em todo grupo, em qualquer momento, existe um sentimento dominante, compartilhado por todos os membros do grupo, com subtilezas individuais*. O autor também afirma que a afetividade está presente de forma permanente nos grupos. Os fenômenos afetivos perpassam todo o desenvolvimento das atividades grupais. Porém, a Direção desses locais age no sentido de inibir as vivências da afetividade grupal, muitas vezes pela proibição do contato, seja pela separação em alas ou pela coerção de comportamentos que possam dar margem à sua expressão.

Ocorre também a perda da identidade, uma vez que o atendimento se dá em série, dentro do tempo da instituição, sem levar em conta questões individuais e grupais. Assim a identidade fica fragmentada, uma vez que, segundo Vieira-Silva (2000), ela:

é uma produção coletiva que tem muito mais a ver com a trajetória do grupo em torno de suas atividades, objetivos, história, enquanto grupo, do que com uma nomeação que tenha sido proposta ao grupo, por outros. A identidade grupal vai sendo construída paralelamente ao desenvolvimento de um sentido e de um sentimento de pertencimento ao grupo.

Devido a este movimento de perda de identidade, é muito comum nas instituições asilares que ocorra nos idosos o processo de adotar uma identidade baseada em suas debilidades físicas ou sua condição de idoso asilado.

Segundo a definição de Pichon-Rivière (1998), o vínculo é *uma estrutura interpessoal, que inclui um sujeito e um objeto, a relação do sujeito frente ao objeto, a relação do objeto frente ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função e na medida em que um adjudica ao outro papéis é que se estabelece o vínculo*. Sabemos que há a necessidade da criação do vínculo grupal, uma vez que, o vínculo entre os participantes dos grupos é uma premissa para que as expressões de afetividade ocorram com maior fluidez.

Porém tais instituições atuam na perspectiva de barrar a criação de vínculos entre os integrantes dos grupos, o que dificulta a expressão da afetividade e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma identidade grupal mais coesa. Assim, os grupos ficam impossibilitados de questionar as relações sociais vigentes e operar mudanças nas relações de poder, mantendo relações desiguais, perdendo também sua autonomia.

Na terceira idade é imprescindível o estabelecimento de vínculos grupais, já que à medida em que a idade avança necessitamos cada vez mais vivenciar atitudes compartilhadas (Negrine, 2000). E é através dos vínculos que os idosos podem vivenciar suas emoções, mas não só sentimentos positivos, como também negativos. Assim, através da vivência desses sentimentos eles podem elaborar suas relações abrindo espaço para a produção de uma identidade grupal coesa.

Outra faceta das instituições asilares é a repressão da sexualidade. A instituição alia-se à ideologia dominante lançando mão de preceitos religiosos e, juntamente com o ambiente social, exerce um “condicionamento social” para negar a sexualidade utilizando-se do conceito de pecado, ou lançando mão da consideração estigmatizada de que “velho não possui sexualidade”. Assim, na maior parte das instituições asilares a expressão dos desejos dos idosos é tida como um problema, pois a expressão de desejos carregada de afetividade muitas vezes se apresenta por meio de expressões sexuais. Para uma instituição total elas não podem ocorrer, pois este é um lugar caracterizado pela dinâmica da morte e expressões de sexualidade são, ao contrário, expressão de vida. A sexualidade na velhice possui característica de segundo plano. Portanto a instituição nega o desejo dos internos, excluindo este assunto de forma velada, pois neste local nada se pode falar sobre isto.

Neste sentido, as instituições asilares são marcadas pelas relações de poder. Foucault (1979), define o poder como uma disciplina, ou seja, uma rede que atravessa as

instituições e o aparelho de Estado, sem se limitar às suas fronteiras; é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo. As características básicas deste poder são: em primeiro lugar, a disciplina é um controle do espaço, que distribui os indivíduos; em segundo lugar, a disciplina é o controle do tempo, o que se dá com a sujeição do corpo ao tempo para garantir maior rapidez e máxima eficácia; a terceira característica, que é um dos principais instrumentos de controle, é vigiar permanentemente. O “olhar invisível” é, em última instância, a disciplina que implica em um registro contínuo de conhecimento e, ao mesmo tempo em que exerce um poder produz um saber, já que o mesmo olhar que observa para controlar extrai, anota e transfere informações.

As fortes relações de poder presentes nas ILPI's interferem negativamente na constituição dos vínculos entre os idosos, nas vivências afetivas e na produção da identidade. É fundamental assinalar que tais fatores possuem uma consequência significativa na constituição psicológica dos indivíduos, bem como em sua Qualidade de Vida.

Em seu estudo, Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) observaram que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, muitas vezes sem diagnóstico e sem tratamento. É um fator que acaba afetando a qualidade de vida, aumentando a carga econômica, podendo levar até a uma tendência suicida. Os pacientes deprimidos apresentam-se insatisfeitos, interrompem ou modificam seu estilo de vida, além de sofrerem de uma privação do seu relacionamento interpessoal. Toda essa situação de desamparo acentua a possibilidade de fragilização dos idosos, expondo-os a mais fatores de risco para doenças, sendo ainda mais agravada nas instituições de longa permanência, como afirma Souza (2003), em seu artigo “Asilo Para Idosos: O Lugar da Face Rejeitada”:

Os idosos institucionalizados estão expostos ao isolamento e o gradual esfriamento das relações com as pessoas a quem eram afeiçoados, a separação do calor humano familiar e do círculo de amizade, faz com que seja de sofrimento o tempo daqueles que são deixados sós. Isso faz do asilo uma perspectiva ao mesmo tempo assustadora e inevitável.

O envelhecimento atinge diretamente vários aspectos relacionados à qualidade de vida – capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive – sendo que os idosos

institucionalizados encontram-se ainda mais vulneráveis a sofrerem perdas e diminuições nesses critérios.

Em seu estudo Mazuim (2005 como citado por Mincato & Freitas, 2007) constatou que, antes de serem institucionalizados, os idosos realizavam atividades rotineiras, o que favorecia a manutenção da autonomia e independência; após a institucionalização, em virtude da escassa atividade sugerida, muitos perdiam a capacidade funcional. Vários autores (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005; Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore, & Cecon, 2006; Jóia, Ruiz, & Donalísio, 2007; Mincato & Freitas, 2007) ressaltam a importância da manutenção da independência e das atividades dos idosos na busca da qualidade de vida. No entanto, dentro de uma instituição asilar essa possibilidade lhes é negada.

Sabe-se que é imperativa a implementação de políticas de fiscalização e suporte às instituições de longa permanência que existem atualmente, sobretudo que isto ocorra antecipadamente ao crescimento inevitável da demanda por vagas nas próximas décadas. Também, é evidente a necessidade da desinstitucionalização a médio e longo prazo, bem como da estimulação às modalidades alternativas de assistência: hospitais-dia, centros de convivência, reabilitação ambulatorial e serviços de enfermagem domiciliar, pelas amplas vantagens que podem proporcionar em termos de qualidade de vida. Apesar desse reconhecimento da necessidade de se estabelecerem alternativas às Instituições de Longa Permanência, verificamos uma carência de estudos sobre novas propostas de atendimento. Portanto, em função destes fatores o presente estudo propõe-se a apresentar reflexões produzidas a partir de olhares dirigidos a uma instituição asilar que se pretende alternativa, verificando como é o atendimento prestado e quais as implicações deste atendimento na vida psíquica dos sujeitos nela inseridos.

O presente trabalho possui a seguinte estrutura: no *Capítulo 1* é abordada a questão do envelhecimento, suas representações, as áreas de estudo da geriatria e da gerontologia e seus desdobramentos nas relações familiares.

No *Capítulo 2* é realizada uma análise das Instituições Asilares, considerando os possíveis modelos de atendimento, a teoria da Análise Institucional, as especificidades e entraves do trabalho em Instituições de Longa Permanência de regime totalitário, a partir dos resultados de pesquisas anteriores, bem como contribuições de outros estudos.

O *Capítulo 3* apresenta o levantamento e a discussão das categorias utilizadas para entender as relações nas instituições, que são: afetividade, identidade, poder e qualidade de vida. O quarto capítulo apresenta as estratégias metodológicas empregadas na pesquisa, a

caracterização da população estudada, o percurso metodológico, os instrumentos de coleta de dados e as questões éticas envolvidas na pesquisa.

O *Capítulo 4* mostra os resultados coletados durante a pesquisa com o Questionário Sócio-demográfico, a Escala da OMS WHOQOL-bref e as entrevistas realizadas com as idosas.

No *Capítulo 5* é realizada a discussão e comparação dos resultados encontrados pelos diferentes métodos de coleta de dados, como forma de triangulação visando explicitar as contradições e aproximações dos resultados.

E nas *Considerações Finais*, a partir das articulações entre a teoria e os resultados encontrados, destacamos a importância da revisão das práticas de atendimento prestadas aos idosos na atualidade, práticas tais que resultam em assujeitamento e exclusão dos idosos.

CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

1.1 Envelhecimento

Envelhecer é um processo natural pelo qual todos os seres vivos passam. Porém entre os seres humanos o envelhecimento não é vivenciado de forma simples, pois o processo de envelhecimento é carregado de significados e estigmas.

Existem diversas concepções acerca do envelhecimento. Até mesmo na concepção fisiológica, onde o envelhecimento pode ser compreendido como um processo de declínio biológico, com foco nas mudanças fisiológicas individuais, as variações ou implicações sócio-culturais são consideradas em função da realidade dos diferentes grupos sociais e econômicos (World Health Organization [WHO], 2006).

Para Néri (1993), o envelhecimento é um processo de mudanças universais, pautado geneticamente para a espécie e para o indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. A autora distingue o envelhecimento em três possibilidades: Velhice Normal, na qual há ausência de patologias biológicas e psicológicas; Velhice Patológica, degenerescência associada a doenças crônicas, doenças e síndromes da velhice e desorganização biológica; Velhice Ótima, fonte de referência de estado ideal de bem-estar pessoal e social.

Em geral a velhice é um período associado a muitas perdas. Inicialmente notam-se as perdas físicas, que têm início desde os 30-35 anos e se acentuam por volta dos 60-65 anos; há uma diminuição da funcionalidade do corpo, da força, da resistência, flexibilidade, agilidade e velocidade. Essas perdas da capacidade funcional levam a uma dificuldade na realização das Atividades da Vida Diária [AVD's].

As AVD's são atividades rotineiras do dia-a-dia, e são divididas em três tipos: Atividades Básicas da Vida Diária tais como comer, beber, tomar banho e se trocar, que são atividades de autocuidado; Atividades Intermediárias da Vida Diária, como preparar alimentos, arrumar a casa, fazer compras, lavar e passar roupas, que são as atividades de autocuidado e manutenção da independência; e as Atividades Avançadas da Vida Diária, que são mais complexas como as sociais (emprego, *hobbies*), religiosas e físicas (atividades recreativas); são funções necessárias para se viver sozinho.

Também existem as perdas sociais como as perdas de papéis relacionados ao trabalho, perda econômica que leva a um afastamento social; as perdas afetivas referentes à

separação, luto, impotência sexual e menopausa; e as perdas psicológicas, que são relacionadas à identidade, à auto-imagem e ao aparecimento de novas patologias (Mincato & Freitas, 2007).

Podemos perceber que na literatura da área não há consenso acerca da definição do envelhecimento. As visões anteriores entendem o processo de envelhecimento envolvendo tanto perdas quanto ganhos, mas existem proposições que entendem o envelhecimento como um momento exclusivamente de perdas. Silva (2007), ressalta que na velhice o organismo passa por inúmeras transformações somáticas, nos níveis psicológicos e biológicos, e que esse processo não é sinônimo de doença. No entanto, existem as doenças típicas desta faixa etária, que podem ser agravadas pelo fato de que os idosos estão mais expostos a um meio adverso, como por exemplo, falta de apoio familiar, dificuldades financeiras, solidão, entre outros.

Para a Psicologia do Desenvolvimento, envelhecer, é um processo ontogenético que dura a vida toda, assim não há a supremacia de nenhuma fase da vida, pois em todos os estágios dela passamos por processos contínuos e cumulativos, bem como por processos descontínuos e inovativos. Assim, qualquer mudança pela qual passamos ao longo da vida, nos traz tanto ganhos quanto perdas (Deps, 1995).

Outro meio de se estabelecer a velhice segue a definição cronológica proposta pela Organização Mundial da Saúde, de que idoso é aquele homem ou mulher acima de 60 anos (para países em desenvolvimento) ou acima de 65 anos (para países desenvolvidos). A mesma delimitação da faixa etária para considerar a população idosa é utilizada pela Política Nacional do Idoso, com a lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (Brasil, 1996) e também pelo Estatuto do Idoso, com a lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003). Devido as grandes taxas de longevidade mundiais a OMS já passou a considerar um segundo seguimento de pessoas ainda mais velhas, os anciãos, que são as pessoas com 80 anos ou mais (OMS, 2006).

Groisman (2002), alerta que o conceito cronológico é falho e arbitrário, uma vez que o envelhecimento é vivenciado de forma heterogênea pela população, e também pode variar entre culturas. A utilização da idade como critério para definir quem é idoso possui uma consequência social grave, uma vez que espera-se que quem se enquadre cronologicamente na faixa etária de idoso, mesmo não possuindo estas características, cumpra determinados papéis sociais. Muitos países, com o intuito de superar este problema, já vêm utilizando o critério de quarta idade, assim os sujeitos idosos que não estão mais enquadrados na fase do trabalho e também não apresentam sinais de senilidade

possam se enquadrar na terceira idade, esticando o conceito de terceira idade. Assim, faz-se necessária uma divisão dos idosos em subpopulações para que se possam conhecer mais detalhadamente as características destas (Camarano *et al.*, 1999).

Papaleo Netto (2000; como citado em Silva, 2007) traz o conceito de idade funcional, que possui estreita ligação com a idade cronológica, mas que engloba o grau de conservação do nível da capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica do sujeito. O autor ressalta também que em países subdesenvolvidos, devido às precárias condições de vida, o envelhecimento funcional ocorre antes do cronológico.

Já a perspectiva sociocultural foca no sentido socialmente construído e no significado dado à velhice, considerando ainda, as mudanças fisiológicas e biológicas percebidas pelo sujeito. As marcas da senescência podem variar conforme a cultura, época e acontecimentos da vida das pessoas (WHO, 2006).

Como nos alerta Silva (2007) o conceito de envelhecimento é abordado por inúmeras teorias, conceitos e definições, o que comprova que este é um constructo com diversas facetas responsáveis por esse processo. Assim, envelhecer é um processo biofisiológico, psicossocial, cronológico, socioeconômico, processo este que é dinâmico, inexorável e que varia de uma pessoa para outra.

1.2 Conceito de Idoso

Como a definição de idoso envolve inúmeros fatores, como biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e individuais, é necessário estabelecer um padrão para que se possam realizar estudos e políticas públicas. Percebe-se que entre as diversas teorias ainda não há um consenso em como se definir quando um sujeito é um idoso. Para tanto, em uma tentativa de sistematização dos trabalhos que concentram-se neste tema, convencionou-se a utilização do critério cronológico³, de acordo com o estabelecido pela OMS, de que em países em desenvolvimento seja considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, como é o caso do Brasil.

Deste modo Camarano *et al.* (1999, p.11), propõe algumas medidas a fim de se precisar o conceito de idoso:

³ O critério cronológico é utilizado por ser o mais simples de ser determinado, com menos chance de erros em comparação com os outros critérios, possibilitando assim a realização de comparações com outros estudos.

A primeira é a diferenciação espacial. Várias características culturais são compartilhadas por indivíduos de uma mesma zona geográfica e, na impossibilidade de um aprofundamento maior, os limites espaciais podem ser um primeiro critério de diferenciação. A segunda é a diferenciação de grupos sociais. A diferenciação de grupos a partir de determinadas características, como rendimentos, forma de inserção na família, raça, sexo, nível educacional etc., também permite um maior grau de compreensão na análise do envelhecimento. Reconhecer que o estabelecimento de uma idade-limite única que separa os indivíduos entre idosos e não-idosos é uma terceira medida importante. Com a divisão dos idosos em subpopulações de idades específicas é possível distinguir com mais clareza fenômenos restritos a fases mais ou menos avançadas do ciclo de vida social.

Conforme a assertiva de Camarano *et al.* (1999), é utilizado o critério cronológico em estudos, porém de uma forma circunstanciada, pois uma população de 60 anos, de uma determinada região, pertencentes à um determinado grupo possuem similaridades quanto ao processo de envelhecimento. Já em outro contexto, essa mesma população de 60 anos poderá apresentar características diferenciadas, pois como já dito antes, o envelhecimento é determinado por diversos fatores.

1.3 Representações do Envelhecimento

As representações da sociedade acerca do envelhecimento têm se modificado ao longo dos tempos. Simone de Beauvoir em seu tratado *La Vieillesse* (1990), mostra que nas sociedades primitivas a natureza controlava a vida dos homens. Por exemplo, nas sociedades nômades ou sedentárias, devido à escassez de alimentos, à pouca religiosidade e, à falta de tradição cultural, os idosos eram mal tratados e deixados morrer como animais. Poucas sociedades primitivas cuidam de seus idosos. Nas tribos muito pobres é comum realizarem o infanticídio e o assassinato dos seus velhos, ambos são tidos como parasitas. Porém as crianças possuem vantagem nesta relação, pois como representam o futuro da tribo tem ainda um privilégio em caso de escolha.

Nas sociedades mais evoluídas, que não são controladas pela natureza, a vida econômica é mais rica, possuem religiosidade, o papel do idoso se torna mais complexo, eles se tornam detentores de mais poderes. Nas sociedades prósperas e equilibradas os idosos possuem prestígio e autoridade, pois são responsáveis pela transmissão da cultura. A condição do velho é dependente da condição social, em momentos de escassez ele se torna um peso, em momentos de abundância ele possui *status*.

Uma das primeiras representações gráficas sobre o envelhecimento foi encontrada por volta de 2.800-2.700 A.C. no Egito, e é um hieróglifo que significa “velho” ou

“envelhecer”, que é formado por uma pessoa deitada com ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea (Leme 2001, como citado em Matos, 2006, p.9).

Na China, um país conservador, os letrados cada vez mais possuíam responsabilidades com o passar dos anos. Confúcio estabeleceu que na família todos deviam obediência aos idosos, uma vez que os velhos possuíam a sabedoria. Segundo o taoísmo o objetivo dos homens é a longevidade. Representações semelhantes possuíam dos idosos da Grécia antiga na qual a idéia de honra era ligada à velhice, os idosos possuíam a garantia da propriedade e ocupavam o alto da escala social. O chefe da Polis era orientado por um conselho de anciãos. Entre os gregos o termo que define o tempo é ambíguo, o nome grego para o tempo é Crono que se mistura a Krono, o mais temível deus, que devora seus filhos e ao mesmo tempo é pai de todos (Beauvoir, 1990).

Em Roma durante algum tempo os velhos eram sacrificados por meio de afogamento, mas o destino dos velhos ricos era diferente, eles compunham o senado e, quanto mais velhos mais valiam seus votos. Porém, com a decadência da oligarquia os velhos perderam seus privilégios e os poderes passaram para os militares. Entre os Germânicos, povos bárbaros guerreiros, morrer velho era considerado uma desonra, louvável era morrer em combate. Esta sociedade acreditava que os deuses também envelheciam, e que neste momento cediam lugar aos mais jovens (Beauvoir, 1990).

Nas sociedades modernas recomeça a vida urbana no século XIV e volta a acontecer o fenômeno da longevidade, então começam a proliferar os livros que tratam das *artes moriendi*. O elogio à virtude e a vida regrada marcam o século XVI. A Renascença exalta a beleza dos corpos, assim os velhos se tornam mais detestáveis, principalmente as mulheres. No século XVII a média de idade era de 20 a 25 anos, assim quem chegava aos 40 já era considerado idoso, pois se vivia em condições miseráveis. Em 1603, a Rainha Elizabeth cria a Lei dos Pobres para tentar combater a miséria, assim são fundados inúmeros hospitais e asilos para cuidar dos velhos e dos doentes, já os indigentes eram abandonados, pois os valores do trabalho e do enriquecimento foram difundidos como virtudes e estes não virtuosos não mereciam ser atendidos (Beauvoir, 1990).

No século XVIII, a palavra velho não possuía sentido pejorativo, servia para designar as pessoas com bom poder aquisitivo ou com a imagem de “bom pai”. Na França no século XIX, o termo velhice designava as pessoas que não podiam garantir seu próprio sustento, indivíduos sem status social eram os velhos, *vieux*, ou *vieillard*, velhotes. Já os indivíduos idosos que eram bem considerados pela sociedade eram chamados de *personne âgée*.

Com a crescente urbanização a família patriarcal desaparece no século XX. O prestígio da velhice diminui pelo descrédito da noção de experiência. Os idosos continuam assumindo papéis importantes, mas como meras figuras decorativas. Os idosos ricos sempre tiveram seu lugar na sociedade e os idosos pobres sempre foram abandonados (Beauvoir, 1990). Assim Matos (2006), ressalta que:

No século XX a velhice passou a fazer parte de uma visão do envelhecimento dentro do conceito biológico e social. O surgimento de uma pressão social maior negando a velhice, correlacionando-a como uma fase de oposição à produtividade e à juventude, o que gerou uma conotação negativa. Neste início do século XXI a negação da velhice continua, evidencia-se a valorização da pessoa que consegue disfarçar a idade física (cronológica), elogiando-se aquelas pessoas que tem 65 anos com uma aparência de 50 anos; ou afirmando que se é velho por fora e jovem por dentro.

Como se refere Beauvoir (1990), o velho é sempre o outro, sendo difícil se reconhecer como tal. Zimmerman (2000) esclarece também que a maior parte das características do velho não são peculiaridades de uma faixa etária. Uma pessoa não passa a ter determinadas características de personalidade porque envelheceu, ela simplesmente mantém ou acentua as que já possuía antes.

O velho nem sempre é considerado, tanto que nem há um ajustamento de uma expressão adequada para nomeá-lo, pode ser chamado como velho, idoso, terceira idade, melhor idade e etc.. Os idosos também são associados a imagens como sendo incapazes, inválidos, dependentes, frágeis e decadentes. Na sociedade atual há uma grande dificuldade de aceitar o envelhecimento e o velho denunciante deste processo iminente é desprezado. Beauvoir (1990) afirma que *a velhice inspira uma repugnância biológica; por uma espécie de autodefesa, nós a rejeitamos para longe de nós* (p. 267).

A partir da década de 70, a velhice passa a ganhar notoriedade, deixando de ser um problema da esfera particular e se tornando pública, desta forma surgem as primeiras normatizações do Estado. Como ressalta Scharfstein (2006), nos anos 80 surge uma nova categoria social, “os idosos”, devido ao crescimento dessa faixa populacional, aliado à legitimação das políticas sociais e aos interesses do mercado. A partir do momento em que surgem como categoria social, os idosos passam a ser, também, um problema social.

Na década de 90 surge o “termo terceira” idade, que é um designativo para o envelhecimento ativo e independente, um ciclo entre a aposentadoria e a velhice. O surgimento dessa terminologia está aliada à ideologia pós-moderna. O pensamento pós-moderno deixa de tomar a ciência como um fim em si mesmo e passa a tratá-la como um

bem que deve ser comercializado e consumido, adquirindo assim valor de troca. Deste modo é função da ciência encontrar os erros para poder alcançar maior eficácia; nesse sentido, a longevidade pode ser atingida por meio da tecnologia e dos avanços científicos. Imbuído deste pensamento o homem pós-moderno tem como valor o culto à saúde, o que, em última instância, é uma negação da morte. O individualismo, pautado na igualdade, na falta de hierarquia, é outro valor da sociedade pós-moderna e este sujeito pós-moderno pode ser entendido como: *a-crítico, e em carência constante de mercadorias para consumir* (Scharfstein, 2006, p. 39).

Ocorre então o que Debert (1999) intitula de Reprivatização do Envelhecimento, que pautada nos ideais individualistas da pós-modernidade, é uma ideologia na qual o sujeito idoso é tido como o único responsável pela sua saúde, aparência, isolamento devido às escolhas que fez ao longo da vida. Deste modo: “a velhice passa então a ser vista como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilo de vida inadequados”.

Debert (2003), em seu artigo *Velhice e Tecnologias do Rejuvenescimento*, observa que a busca incessante do homem por ideais de beleza atrás de intervenções tecnológicas é um movimento do homem pós-moderno, e possui caráter social. O mercado de consumo dita como devem ser os “jovens de idade avançada”, como devem se comportar e tratar as marcas do envelhecimento. O corpo enquanto realidade biológica é alterado de acordo com os padrões sociais, ou seja, é alterado por determinantes históricos, o corpo envelhecido é negado através de alterações para se transformar em corpo jovem, o que impede a criação de uma estética da velhice.

Há, então, o surgimento da idéia de velhice como algo positivo em nossa sociedade, na qual o idoso é aquele sujeito que possui tempo livre e dinheiro para aproveitá-lo. Nessa visão a velhice é associada ao lazer, como se fosse uma “nova juventude”. Nessa ideologia do lazer os idosos são homogeneizados, e entende-se que todos possuem grande quantidade de tempo livre, e se não usufruem é porque não querem, não levando em consideração outros fatores, como os econômicos e sociais. Como afirma Rodrigues (2003):

A aposentadoria deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividades e lazer. Neste contexto, o lazer aparece como possibilidade de evitar o envelhecimento, dentro de uma visão funcionalista mas também compensatória, vem sob as vestes da saúde, trazendo a idéia da necessidade de manter uma vida ativa, adotar novas formas de comportamento levando a bandeira da eterna juventude.

A velhice é entendida como “idade do lazer”, assim o lazer é tido como modo de evitar o envelhecimento, negá-lo, e traz a necessidade de manter uma vida ativa. O lazer se transforma em nova mercadoria de consumo.

Neste sentido existem duas velhices de acordo com o ponto de vista pós-moderno, ambas são uma questão de escolha, a primeira associada às perdas, idosos que não foram capazes de realizar atividades motivadoras e utilizar os bens de serviço para combater o envelhecimento (Debert, 2003). A segunda visão do envelhecimento, oposta a anterior, que entende esta fase como sendo repleta de realizações, uma “nova juventude”, deixa de ser o momento de descanso para ser o momento do lazer. Debert (2003), ressalta ainda que estas duas visões do envelhecimento estão presentes nas propagandas brasileiras, em um momento o idoso é tido como dependente e em outro é tido como poderoso. No entanto, ainda há uma terceira representação da velhice na propaganda brasileira, uma imagem subversiva, na qual ele ocupa papéis exclusivamente jovens.

1.4 Gerontologia e Geriatria

Na busca de respostas aos problemas encontrados com o prolongamento da vida surgiu inicialmente a Gerontologia, que buscava solucionar os problemas desta população e logo após a Geriatria, uma disciplina médica, que busca resolver os problemas de saúde, dentro de um campo multidisciplinar (Guedes, 2000). Mas ainda não há consenso entre os estudiosos acerca da definição dos campos e dos objetos de trabalho da Geriatria e da Gerontologia.

Antes do século XIX as reflexões sobre a velhice e o envelhecimento possuíam um cunho mítico religioso, baseado em explicações do senso comum. Havia sociedades que acreditavam que o ser humano tinha sido em alguma época imortal, e também que alguns povos ainda conseguiriam ser imortais. Também florescia o mito da fonte da juventude eterna (Borges, 2003).

A Geriatria como especialidade médica data do início do século XX, entretanto a mudança de pensamento sobre os processos de envelhecimento no discurso médico são anteriores, iniciam-se nos séculos XVIII e XIX, eram um saber pré-geriátrico. A França deu início ao discurso da senescência e seus principais expoentes foram Bichat e Charcot. Os médicos dos séculos XVIII e XIX não diferenciavam seus pacientes jovens dos velhos, os remédios e tratamentos prescritos eram os mesmos. Acreditavam que a debilidade dos

idosos era parte natural da velhice, pois as pessoas nasciam com certa quantidade de energia que ia se esvaindo com o passar do tempo (Groisman, 2002).

Ao longo do século XIX os médicos franceses reconfiguraram a visão sobre a velhice, utilizando novas técnicas e teorias e passaram a estudá-la por suas condições anatômicas e fisiológicas singulares. Assim, observavam o que diferenciava o corpo envelhecido do corpo jovem. Neste momento Bichat inaugura a teoria dos tecidos, na qual o processo de envelhecimento é entendido como um processo de morte em que há a deterioração dos tecidos. Portanto, o envelhecimento passa a ser patológico e necessita ser medicalizado (Groisman, 2002).

As mudanças ocorridas no século XX no período do pós-guerra levaram a uma maior sistematização dos estudos sobre a velhice. Os fatores determinantes foram as mudanças demográficas dos Estados Unidos e dos países europeus, o retorno das mulheres adultas à universidade, a corrida armamentista e tecnológica para o lançamento do primeiro satélite artificial, temas ligados à mulher da meia idade e mudanças na dinâmica familiar (Borges, 2003).

Baseada nessa visão da velhice patológica surge a Geriatria, fundada pelo médico norte americano Nascher, o termo aparece pela primeira vez em 1909. Em 1912 ele fundou a Sociedade de Geriatria de Nova York, mas seu início é considerado com a publicação de seu livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatments*, 1914. Também para Nascher o envelhecimento seria um processo de degeneração celular. Mas ainda havia uma questão não resolvida: delimitar a saúde e a doença na velhice, tarefa praticamente impossível uma vez que a senescência era constituída a partir de uma perspectiva patológica, o envelhecimento seria um estágio progressivo de doenças. Assim, a geriatria se restringia apenas aos processos do corpo envelhecido (Groisman, 2002).

O médico russo Metchnikoff é tido como o criador do termo gerontologia, em seu livro de 1903, *The nature of man*. Gerontologia palavra cunhada da junção de *gero* (velhice) e *logia* (estudo) é que define este campo de estudos como “o estudo científico do processo de envelhecimento de todas as coisas vivas e dos múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa” (Freitas, Maruyama, Ferreira, & Motta, 2002).

O início da gerontologia como campo do saber é bem complexo de ser precisado. Acredita-se que a formação do campo da gerontologia foi influenciada pelo discurso demográfico do século XIX e até por autores populares que buscavam soluções milagrosas para o envelhecimento. Os trabalhos de Stanley Hall, como o livro *Senescense*, de 1922, foram os primeiros que chamaram a atenção para os aspectos psicológicos da velhice.

Foi Warren, na década de 30, que proporcionou um salto qualitativo no estudo da gerontologia ao estabelecer as bases do que viria a ser a avaliação multidimensional (Silva, 2007). E o livro *Problems of aging*, 1939, de Edmund Cowdry alertava para a necessidade de realização de um trabalho multidisciplinar (Groisman, 2002). Neri (2000), define a Gerontologia como sendo:

(...) disciplina multi e interdisciplinar voltada para a descrição e a explicação das mudanças típicas do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Também está voltada para o estudo das características das pessoas maduras e idosas, das experiências de velhice e envelhecimento ocorrendo em diferentes contextos sócio-culturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico. Compreende a consideração dos níveis atuais de desenvolvimento e do potencial para o desenvolvimento.

No Brasil a Gerontologia aparece a partir da Geriatria, ela é *a reflexão originada no interior da clínica geriátrica que se busca ampliar, atingindo novas dimensões e, de fato, instituindo um olhar totalizante sobre o objeto, uma perspectiva holista*. A gerontologia contém a geriatria. Há uma hegemonia do modelo biológico que confere à geriatria uma mais valia em relação à gerontologia, sendo muito comum que as equipes multidisciplinares funcionem em torno do saber médico eugenista. *A multidisciplinariedade funciona, assim, ao modo de um feixe de linhas separadas, ligadas apenas a um centro: a Geriatria* (Guedes, 2000).

Groisman (2002), faz uma crítica ao discurso dos gerontólogos brasileiros que buscam transformar a velhice em uma questão política, utilizando dados demográficos como argumentação. E ainda, como agravante do “problema” do envelhecimento da população brasileira, ainda há a idéia de que os idosos são uma minoria discriminada surgindo assim a necessidade de nortear ações políticas e institucionais.

Guedes (2000), também realiza uma crítica às características das produções sobre gerontologia realizadas no Brasil. Os trabalhos desenvolvidos lutam contra a inatividade e a exclusão dos idosos e visam integrá-lo à sociedade e à família. Esse pensamento tem como pano de fundo uma sociedade de mercado e capitalista que deixa os idosos desassistidos, abandonados e maltratados pela família, a qual idealmente é considerada o *locus* da pessoa idosa. Tais trabalhos entendem a família como grupo fundamental responsável pela pessoa idosa. Neste pensamento está imbuída a idéia de família nuclear, que nos dias atuais vem perdendo espaço. Nesta perspectiva o problema seria resolvido apenas com a manutenção dos idosos na família.

1.5 A família e o Idoso

O processo de crescimento da população idosa vem trazendo novas demandas para as famílias. Com os patriarcas e matriarcas envelhecendo, e, além disso, vivendo mais do que em gerações anteriores, as famílias precisam se adaptar para conviver com este novo sujeito. Os idosos possuem muitas demandas, entre elas, as relacionadas à saúde, as sociais e as afetivas. Muitas vezes, para não serem institucionalizados, os idosos precisam deixar suas casas para residirem com seus filhos e nem sempre essas mudanças ocorrem sem conflitos para eles. Além disso, tais mudanças podem gerar uma sobrecarga para as famílias.

Os arranjos familiares são complexos, em algumas famílias os idosos são os responsáveis pela manutenção do lar. Como nos mostra Camarano *et al.*(1999):

os dados da PNAD de 1996 mostram que a renda média dos maiores de 60 anos é maior do que a dos jovens, ou seja, daqueles com menos de 30 anos. Em média, 45% da renda familiar provêm da renda dos idosos. Em 36% das famílias que contêm idosos os idosos são os chefes da família, e apresentam filhos morando junto.

O perfil das famílias brasileiras tem mudado, a família nuclear está em declínio, hoje elas possuem formações heterogêneas. A entrada da mulher no mercado de trabalho também é um dado relevante, pois estas mudanças fazem com que o idoso tenha menos possibilidades de envelhecer em sua própria casa.

Essa mudança na constituição familiar aliada à entrada da mulher no mercado de trabalho fez com que ocorresse o desaparecimento do cuidador, principalmente o informal. O grande número de idosos institucionalizados é consequência dessa diminuição do número de cuidadores. Gardini (2000), acredita que a família é o lugar privilegiado para prestar o cuidado aos idosos, é ela que deve proteger o idoso, não só o sistema jurídico. Ao se ampliar o poder da curatela do estado, amplia-se o problema da institucionalização.

A questão da relação família e idoso é dualista, no sentido em que a família, por um lado, é o lugar privilegiado para oferecer cuidados aos idosos, por outro lado, é ao mesmo tempo, o espaço do cuidador informal. Segundo Gardini (2000), o cuidador possui uma função que é escravizante. Seu trabalho é angustiante, nada confortável e muitas vezes doloroso, pois ele lida com insatisfações, queixas, frustrações, limitações, perdas e com o isolamento do idoso. A maior parte é formada por cônjuges idosos, filhos de meia-idade e viúvos.

Em seu estudo, Néri (1993), pesquisou o perfil do cuidador brasileiro e descobriu que eles são, na maior parte dos casos, mulheres casadas, cônjuges ou filhas do idoso (raramente são homens), na faixa de 45-50 anos, têm filhos adultos ou quase adultos, seus maridos ou elas próprias são aposentados, e são os cuidadores principais ou primários.

O dever moral, a reciprocidade e afetividade são apontadas como as principais razões para a coabitação. De acordo com a literatura internacional, estas razões por si só não garantem respeito, prestígio e bem-estar emocional, que dependem de um conjunto de razões históricas e contextuais. A convivência com familiares não garante bem-estar, apesar disso a família é a principal fonte de apoio informal (Deps, 1995).

Não podemos vitimizar o cuidador, mas na maioria das vezes este exerce sua função sem remuneração, sem descanso ou férias, sem as condições adequadas, sem nenhum tipo de instrução e muito menos reconhecimento. Nestas condições o cuidador precisa abandonar os papéis que desempenhava anteriormente na sociedade, uma vez que assume este novo papel de forma integral. É consenso entre os estudiosos que os cuidadores, sejam eles formais ou informais, precisam receber treinamento, assistência, participar de grupos de apoio e também terem seus momentos de descanso.

Como o cuidador trabalha de forma precária e extenuante ele sofre uma sobrecarga, que pode gerar stress. O stress do cuidador pode ser de dois tipos: objetivo, com perturbações na vida familiar ou, subjetivo, sobrecarga emocional, desamparo, perda de papéis. O stress do cuidador pode se dar por dois motivos, pelo grau de dependência do idoso ou pela visão que o cuidador tem desses acontecimentos. A questão cultural também influencia no stress do cuidador, em sociedades ocidentais, que pregam valores individualistas o stress é maior. Já nas sociedades orientais a piedade e o cuidado filial são valores passados por gerações, são virtudes, o stress é menor.

Com o papel normativo da família, cuidar do idoso passou a ser um valor cultural da vida social e individual. Os cuidadores tendem a tomar para si todas as responsabilidades acerca do idoso, tirando dele tudo o que resta de autonomia, de forma que ele próprio se sobrecarrega. *A restrição da autonomia do idoso costuma ser muito sutil, de forma que o cuidador em geral não percebe que está gradualmente se sobrecarregando em varias áreas* (Néri, 1995).

Em seu estudo, Gardini (2000), nos alerta que a necessidade da queda do curador como pessoa física-jurídica é imprescindível para a promoção do cuidado. A queda da interdição é fundamental para instrumentalizar um aparato de ajuda para a proteção dos direitos humanos dos idosos, uma vez que muitas vezes o cuidador exige a curatela do

idoso para se apropriar de seus bens. Ela também nos chama atenção para que não existam abusos, pois tanto entre os cuidadores como entre os idosos, há a necessidade de reconhecimento do cuidador como categoria profissional e, para o cuidador informal a necessidade de se estabelecer contratos e divisão entre irmãos.

CAPÍTULO 2 - INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

2.1 Modalidades de Atendimento a Idosos

Com o atual crescimento da população idosa no Brasil a oferta de serviços para este público tem aumentado. Em primeiro lugar esse fato deve-se à descoberta desta parcela da população como um grande mercado consumidor. Os idosos, principalmente os das classes média, média-alta e alta, que em sua maioria possuem renda superior e tempo vago, são o alvo principal deste novo mercado. Para este grande filão existem empresas especializadas como na área de turismo com pacotes de viagens específicos, passeios e excursões; na área de recreação com opções de lazer e entretenimento; na área da saúde com academias de ginástica, clínicas especializadas e centros de estética. Em segundo lugar observamos um aumento nas formas de atendimentos especializados aos idosos, principalmente pela ausência de políticas públicas de atendimento por parte do Estado.

O atendimento prestado aos idosos pode ser dividido em duas modalidades, as modalidades de atendimentos não asilares (que destinam cuidados aos idosos em determinados períodos do dia) como: os Centros de Convivência, os Centros Dia ou Centros de Cuidados Diurno, Hospital-Dia, Casa-Lar, Repúblicas de Idosos, Família Acolhedora, Oficina Abrigada de Trabalho e o Atendimento Domiciliar. E as modalidades asilares de atendimento, as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos ou ILPI's, que podem ser divididas em: as Instituições Gerontológicas/Geriátricas particulares e as Instituições Asilares sem fins lucrativos, que podem ser filantrópicas ou públicas.

As modalidades do tipo de atendimentos não-asilar, ou se caracterizam pelo fato de os idosos passarem apenas parte do seu dia fora de sua residência, ou caso não residam mais com suas famílias ainda possam manter um ambiente familiar como nos casos das Repúblicas de Idosos, Casa Lar ou Família Acolhedora. Estas modalidades sem regime de internato têm como objetivo dar suporte às famílias que possuem idosos com dependência ou não, de forma que os idosos continuem inseridos nos seus lares, na sua comunidade, em ambiente familiar não necessitando recorrer à institucionalização. Existem diversas modalidades de atendimento não-asilar com o intuito de atender as diferentes demandas dos idosos.

Os Centros de Convivência para Idosos tem como objetivo oferecer apoio social, de forma diurna, com a conservação do idoso em seu meio familiar. De acordo com Domingos & Menezes (2005) *a lógica dos Centros de Convivência tem na grupalidade a*

medida para o fortalecimento da autodeterminação, contribuindo para a autonomia, o envelhecimento saudável, a prevenção do isolamento social e o exercício da cidadania. Os Centros de Convivência para Idosos possuem espaços planejados para os idosos e seus familiares, com atividades de convívio e recreio que visam diminuir o isolamento social, aumentar o apoio social, bem como as relações intergeracionais. Realizam um trabalho preventivo com os idosos, com a disseminação de conhecimentos geriátricos sobre a saúde, e também faz com que as pessoas idosas permaneçam ativas. Outro papel dos centros é o de buscar a promoção do sujeito idoso através do desenvolvimento de sua cidadania.

Os Centros Dia são entendidos como um conjunto de serviços que visam a manutenção dos idosos no meio familiar, eles prestam serviço de apoio à família que durante o dia oferece atenção às necessidades básicas, terapêuticas e sócio-culturais dos idosos, com diferentes graus de dependência, visando promover sua autonomia e manutenção em sua residência atual. O atendimento se dá em oito horas por dia, sendo prestados serviços de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, de acordo com as necessidades dos usuários. O Centro Dia possui como finalidade reabilitar o idoso, segundo Quaresma (1996, como citado em Marques e Calheiros, 2006) seus objetivos são:

- 1 - a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, pondo à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação;
- 2 - prestação de apoio psicossocial;
- 3 - fomento de relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento; e
- 4 - apoio direto às famílias das pessoas idosas, permitindo proporcionar um espaço formativo e de apoio às suas atividades na relação com o familiar idoso.

O Hospital-Dia Geriátrico consiste no atendimento aos idosos com quadros de agravos à saúde que necessitem de cuidados, orientação terapêutica e reabilitação com possibilidade de volta ao convívio familiar. De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria nº. 2.414, de 23 de março de 1998) as características do hospital dia são:

Parágrafo 1º - O Hospital-Dia Geriátrico possui uma estrutura assistencial visto que os idosos são enviados para realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticas, fisioterápicos ou de reabilitação que seriam de estadia prolongada em Hospital Geral ou também com a finalidade de evitar uma internação com fins exclusivamente terapêuticas.

Parágrafo 2º - O objetivo do Hospital-Dia Geriátrico é cuidar do paciente idoso durante todo o dia, com a finalidade de mantê-lo em seu micro-ambiente, sem necessidade de hospitalizá-lo, facilitando sua permanência no domicílio nos

momentos difíceis, que por alterações bio-psico-sociais se torna perigosa sua estadia no lar, onde não há um apoio familiar contínuo.

Parágrafo 3º - O Hospital-Dia Geriátrico deve ser dotado de uma planta física adequada para receber os pacientes idosos, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados e com pessoal especializado.

A Casa Lar de Idosos, de acordo com a Portaria nº. 2.874, de 30 de agosto de 2000 (Ministério da Previdência e Assistência Social), é uma modalidade de atendimento que é uma alternativa de residência para pequenos grupos, de no máximo oito idosos, com mobiliário adequado e pessoa habilitada para apoio às necessidades diárias do idoso. Destina-se principalmente aos idosos que apresentem algum tipo de dependência e que não podem receber cuidados em sua casa. Este tipo de residência para idosos possui o intuito de oferecer atendimento a grupos menores de idosos, mantendo assim um ambiente familiar.

A Residência em República de Idosos é uma importante alternativa de residência para idosos independentes, também organizada em pequenos grupos, conforme o número de usuários, e co-financiada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e outras. Em alguns casos a República pode ser viabilizada em sistema de autogestão (Portaria nº. 2.874, de 30 de agosto de 2000, Ministério da Previdência e Assistência Social).

A Família Acolhedora é um atendimento em famílias cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias (Portaria nº. 2.874, de 30 de agosto de 2000, Ministério da Previdência e Assistência Social).

Oficina Abrigada de Trabalho, de acordo com o Decreto N. 1.948 – de 3 de julho de 1996, é um local destinado ao desenvolvimento, pelos idosos, de atividades produtivas, proporcionando-lhes oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas.

O Atendimento Domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir suas necessidades de vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade (Decreto N. 1.948 – de 3 de julho de 1996).

Do ponto de vista legal as modalidades de atendimento não asilar para idosos devem ser priorizadas, uma vez que, além de serem menos onerosas, garantem a inserção do idoso na sociedade e na família e permitem o desenvolvimento da autonomia e

independência. Tal posição fica clara na PNI – Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, no artigo 4º, inciso 3, que prevê a *priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência*, assim como estabelecem a Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso.

Como ressalta Scharfstein (2006), no Brasil a família é tida como o locus privilegiado de cuidado do idoso, tanto do ponto de vista legal, quanto do ponto de vista cultural. A internação em instituições de longa permanência, diferente de outros países, ainda não é tida como uma prática moralmente admissível, pois é pautada na visão de que as ILPI's são lugares de abandono e exclusão. Assim, temos na maior parte dos casos os idosos residindo em co-residência com suas famílias, o que muitas vezes traz benefícios tanto para as famílias, quanto para os idosos; no entanto em outros casos acontece a sobrecarga dos cuidadores, desamparo e até maus tratos. Desta forma não é generalizável a assertiva de que a família é o locus preferencial de cuidados aos idosos, sendo necessário buscar novas alternativas de atendimento.

As modalidades de atendimento ao idoso que seguem o modelo asilar são definidas pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, artigo 3º, como o *atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social*.

Dentro da própria definição das modalidades de atendimento asilar está determinado que esta modalidade de atendimento é destinada a idosos sem vínculo familiar ou sem condições de manter a própria subsistência. Diversos autores (Born & Boechat, 2006; Scharfstein, 2006) ressaltam que não se pode restringir a decisão de residir em uma ILPI apenas a estes motivos; como a própria condição de idoso é heterogênea, a motivação da escolha entre determinado tipo de cuidado também é multideterminada: *entendemos que a institucionalização pode ser motivada por uma multiplicidade de fatores, e não apenas pela ausência da família ou por carência sócio-econômica* (Born & Boechat, 2006, p.770). Em sua pesquisa, Scharfstein (2006) observou que a escolha por uma instituição asilar foi perpassada por vínculo de pertencimento identitário, desta forma a decisão pode ser permeada por valores ideológicos distintos.

Os principais fatores que levam à institucionalização são, de acordo com Kane (1987, como citado em Born & Boechat, 2006): idade, diagnóstico, limitação nas atividades da vida diária (AVD's), morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência

de suporte social e pobreza; sendo que no Brasil há um predomínio dos fatores sócio-econômicos na internação dos idosos.

Dentro da modalidade de atendimento asilar podemos distinguir dois grupos de Instituições de Longa Permanência para Idosos o primeiro das Instituições Gerontológico/Geriátricas privadas e as ILPI's em sua maioria filantrópicas.

De acordo com Debert (como citado em Almeida, 2005) as primeiras instituições filantrópicas voltadas para os cuidados da população idosa foram fundadas pelos cristãos no Império Bizantino, no século V. O primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590) ao transformar sua casa em um hospital para velhos.

A primeira instituição asilar do Brasil foi criada no Rio de Janeiro, em 1782, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição. É possível perceber que desde seu surgimento os asilos tinham a finalidade caritativa, o que permanece até hoje. Ao longo do século XIX os asilos foram se disseminando no Brasil, eles tinham como objetivo abrigar mendigos, doentes mentais e crianças abandonadas, e ao longo do tempo passaram a cuidar apenas de idosos (Araújo, 2003). Ou seja, os asilos tinham uma função social de segregação das pessoas incômodas à sociedade.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos, no Brasil, são em sua maioria filantrópicas ou ligadas a congregações religiosas, cerca de 500 pertencem à Sociedade São Vicente de Paulo (Camarano, 2006).

O descaso com a população idosa asilada é tanto que não se sabe ao certo quantas ILPI's existem no Brasil, tampouco o número certo de idosos que nelas residem. Estima-se que 113 mil idosos moravam em domicílios coletivos na condição individual, destes 6,1 mil trabalhavam em atividades religiosas, de alojamento e serviços sociais. Obtendo então o número aproximado de 107 mil idosos restantes residentes em ILPI's, que representam 0,8% da população de acordo com o Censo Demográfico de 2000 (Camarano, 2006).

Novaes (1997) ressalta o fato de que o modelo médico de assistência aos idosos entrou em declínio após os anos 70 com a percepção da necessidade de uma mudança nas práticas institucionais, principalmente na perspectiva de que tais práticas levassem em conta as necessidades pessoais e sociais. Assim, foram definidos os eixos norteadores do atendimento prestado aos idosos como sendo: promoção da saúde, cuidado integral, ação interdisciplinar e participação social. Depreende-se que as instituições de longa permanência para idosos, de acordo com Kane (1987, como citado em Born & Boechat, 2006), prestam um serviço híbrido de assistência à saúde e bem-estar social; deste modo, devem *proporcionar assistência gerontogeriátrica conforme o grau de dependência dos*

seus residentes e oferecer, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, acolhedor capaz de preservar a intimidade e a identidade dos seus residentes (Born & Boechat, 2006).

As instituições de longa permanência para idosos hoje são conhecidas por uma diversidade de nomes, tais como: chalé, recanto, lar, casa, sociedade, comunidade, núcleo; tais nomenclaturas visam substituir os antigos nomes já estigmatizados: abrigo, asilo, dispensário e hospital (Novaes, 1997).

De acordo com Born e Boechat (2006) existem diferentes modalidades de ILPI's que variam conforme o grau de dependência dos idosos que atendem. A portaria SAS 73/01 definiu três modalidades de instituições/setores especializados no atendimento aos idosos, no entanto a Comissão de Acessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da SBGG-SP estabeleceu quatro modalidades em seu estudo, a saber:

Modalidade 1 – atende a idosos com comprometimento de até 1 AVD, com capacidade cognitiva preservada, com uso ou não de equipamento de auto-ajuda. Capacidade máxima de 40 pessoas.

Modalidade 2 – atende idosos com o comprometimento até 3 AVD's, comprometimento cognitivo controlado, que necessitem de auxílio e cuidados especializados e acompanhamento de profissionais de saúde. Capacidade máxima de 30 pessoas.

Modalidade 3 – atende idosos com o comprometimento de 4 a 5 AVD's, com quadro demencial e/ou cognição alterada, com equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima de 30 pessoas.

Modalidade 4 – atende idosos dependentes que requerem assistência total nas AVD's, formada por equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima de 30 pessoas.

Mesmo depois da promulgação do Estatuto do Idoso o quadro dos idosos institucionalizados no Brasil pouco mudou. Em um estudo feito pela Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e o Conselho Federal de Psicologia no ano de 2007, foram visitadas 24 instituições de longa permanência para idosos em 11 estados do Brasil. Nesta inspeção constatou-se que o país não possui infra-estrutura mínima de abrigamento e internação da população idosa. Foi averiguado que na maior parte das instituições visitadas havia falta de recursos humanos especializados, falta de infra-estrutura, baixas condições de segurança e higiene, e uma situação de abandono e ócio (Brasília, 2008).

Inversamente às instituições anteriores, as Instituições Gerontológico/Geriátricas oferecem serviços de alto nível para seus usuários, em sua maior parte são instituições particulares com fins lucrativos ou ligadas à outras instituições de classe como as militares, por exemplo. Normalmente são nomeadas como Casa Gerontológica ou Geriátrica,

Clínica, Casa de Repouso, Recanto, dando uma idéia de local de descanso, lazer e aconchego, disntanciando-se da noção de asilo, de local de abandono. Este tipo de instituição é encontrado principalmente em regiões próximas às capitais, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro este tipo de instituições são maioria, equivalem à respectivamente 86,7% e 60% do total de instituições (Born e Boechat, 2006). São semelhantes a grandes hotéis ou pousadas e normalmente situam-se em regiões mais afastadas das cidades. Oferecem serviços especializados, possuem equipe multiprofissional e proporcionam diversas atividades para os idosos.

2.2 Análise Institucional

Ao abordamos a questão da velhice institucionalizada é imprescindível entender quais são seus determinantes, deste modo é *mister* a contribuição da análise institucional.

Para Goffman (1974, p.11) uma instituição total é aquela que se configura como um *local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e fortemente administrada*. O autor afirma também que há uma tendência de fechamento de todas as instituições totais, assim elas tendem a conquistar o tempo e o interesse dos internos e em troca oferecem a eles algo do mundo externo.

Dentre os diversos tipos de instituições totais que o autor descreve, os asilos se enquadram entre as que possuem o objetivo de cuidar das pessoas incapazes e inofensivas, assim como as casas para cegos, órfãos e indigentes. Ainda existem as instituições totais com o objetivo de cuidar das pessoas incapazes de cuidar de si e que são ameaças para a comunidade, porém de modo não intencional (sanatórios para tuberculosos, leprosários); existem também as que possuem o objetivo de proteger a comunidade de perigos intencionais (cadeias e prisões); as que têm o objetivo de realizar de modo mais adequado algum tipo de trabalho (internatos, colônias, campos de trabalho) e por fim, as que se destinam a ser um refúgio do mundo (abadias, mosteiros e conventos), (Goffman, 1974).

Uma característica marcante das instituições totais é que todos os aspectos da vida são realizados em um só local e sob uma única autoridade. Assim, cada fase da vida diária é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas, todos são tratados da mesma forma e obrigados a fazer as mesmas coisas em conjunto, ou seja, há uma serialização das atividades. Todas as atividades diárias são rigorosamente

estabelecidas em horários, há um plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

Esse sistema de atividades conjuntas, no qual os indivíduos estão o tempo todo próximos, cumprindo as mesmas tarefas, realizando as mesmas atividades é um meio de se manter a vigilância constante, mesmo que racionalmente a explicação seja outra. Esse processo de serialização e de tarefas conjuntas acarreta em uma violação da privacidade pois, *o internado nunca está totalmente sozinho, está sempre em posição que possa ser visto e ouvido por alguém, ainda que apenas por colegas de internamento* (Goffman, 1974, p.32).

Ao ingressar em uma instituição total ocorre com o novato que *o seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado*, principalmente porque o sujeito perde suas posições sociais. Tal processo ocorre tanto pela barreira que é colocada entre o mundo interno da instituição e o mundo externo, quanto pelos ritos de admissão, que são um processo de perdas e separação do mundo externo (Goffman, 1974).

Um processo comum entre os internos quando entram em uma instituição é passar por um momento de resistência, uma vez que a abertura para as relações sociais é vista como aceitação pelos auxiliares da instituição. Essa resistência à internação implica em um apego às relações passadas, um modo de não assumir a identidade de interno e assim assegurar a manutenção de sua própria identidade (Goffman, 1974).

Os internos da instituição possuem algumas características em comum, geralmente eles costumam criar histórias de auto-piedade que explicam sua baixa posição presente; encaram o tempo passado na instituição como perdido e dão grande importância aos passatempos como, por exemplo, uso de bebidas alcoólicas, televisão e jogos. É muito comum entre os internos a utilização de ajustamentos secundários – que são processos superdeterminados, dão mais as pessoas do que aparentam, garantem a individualidade e a autonomia, são formas de tirar a pessoa da instituição sem que ela precise sair, é um *meio de rejeição de quem os rejeita* (Goffman, 1974, p. 254).

A relação entre os internos e a equipe dirigente é muito tensa, uma vez que ambos precisam manter certa distância uns dos outros, mesmo assim, às vezes as equipes dirigentes nutrem afeição pelas pessoas internadas, o que põe em risco a racionalidade da instituição. A equipe dirigente tem objetos e produtos com que trabalhar, mas nas instituições totais tais objetos e produtos são pessoas, assim para eles, os internos podem adquirir características de objetos inanimados no modo de serem tratados. Porém Goffman (1974, P.80) ressalta que:

Há uma diferença, ainda, entre o trabalho com gente e o trabalho com outros objetos – talvez a diferença mais importante – reside em que se pode, através do exercício da ameaça, da recompensa e da persuasão, dar instruções a objetos humanos. Além disso, pode-se esperar que cumpram essas instruções por si sós.

As instituições totais possuem um objetivo, uma lógica de funcionamento racionalizada, e que na maioria das vezes não é seu objetivo real. Grande parte das instituições totais possui como objetivo segregar o sujeito desviante, transformá-lo em interno, afastá-lo da sociedade com o intuito de *proteger a comunidade do perigo e do aborrecimento de certos tipos de má conduta* (Goffman, 1974, p.286). Como afirma o mesmo autor (p.311) *os hospitais psiquiátricos existem porque há mercado para eles, assim como os asilos e outras instituições totais*.

Como nos alerta Albuquerque (1986) é um risco a utilização do conceito de instituição total como um ideal-típico, no qual há uma série de traços dos quais nenhum é compartilhado por todas, mas cada uma possui vários destes traços, o que resulta em uma indeterminação uma vez que os traços que as definem são variáveis.

Para esclarecer melhor o conceito das Instituições Totais é relevante proceder à determinação das formações dominantes na análise destas, ou seja, em qual dos três planos está inserida, no ideológico, no político e no econômico.

Uma das características das instituições totais é a extra-territorialidade do aparelho econômico, ele existe porém em seu exterior, não é sua função direta. Deste modo as práticas econômicas estão necessariamente subordinadas aos efeitos repressivos ou ideológicos. A inexistência de um aparelho econômico específico tem como consequência que todo o ato que ocorre em uma instituição totalitária tem como efeito dominante o repressivo. Tudo na instituição tem função repressiva, abandonada em si mesma a instituição enlouquece, pois não há nenhuma lógica produtiva, sendo que esta ideologia pode provocar intensa ritualização (Albuquerque, 1986).

A prática ideológica se faz através do desconhecimento do que está em jogo nas outras instâncias, ela busca uma produção de imagem cindida do pensionista. Um dos fins compartilhados pelas instituições totalitárias é a transformação do pensionista, ou seja, de sua imagem. Seu objeto são as relações sociais, trabalha para que a imagem do pensionista seja transformada, ou seja, é a gestão da imagem do pensionista. A instituição total pretende despersonalizar o pensionista, dominá-lo pelo staff. Um papel é um ritual, o reconhecimento da relação de forças é a condição da institucionalização do papel. Por isso

as instituições totalitárias recusam o reconhecimento de qualquer papel representado pelos pensionistas fora da instituição. (Albuquerque, 1986).

Uma instituição totalitária com determinantes com predomínio repressivo, ou seja, política deve impedir certo número de práticas, e em contra partida, a instituição deve obter, dos pensionistas, certo número de práticas (impedindo as outras). As atividades da instituição ficam todas centradas na repressão, e a *própria idéia de chamá-las de totalitárias já atesta essa especificidade da repressão nesse tipo de instituição* (Albuquerque, p.111, 1986).

Assim podemos fazer um paralelo entre as Instituições Totais de Goffman (1974) com as instituições predominantemente repressivas, ou seja, políticas, que objetivam segregar e impedir certas práticas dos sujeitos descritas por Albuquerque (1986) são instituições nas quais as relações de poder possuem um papel marcante.

2.3 As Especificidades da Intervenção em Instituições de Longa Permanência para Idosos

Conforme observado anteriormente, a vida dentro de uma instituição de longa permanência possui uma dinâmica diferenciada, marcada por relações de poder, as quais interferem em outras instâncias da vida cotidiana, tais como afetividade, identidade, sexualidade, formação de vínculos. É importante também considerar as especificidades da população atendida, no caso os idosos, que pela própria etapa da vida em que se encontram estão expostos a outros determinantes sociais. Desta forma, como as relações sociais se dão de forma diferenciada nestas instituições, e entre grupos etários, as intervenções psicológicas em tais locais devem ser contextualizadas para atender às demandas de tais grupos.

As práticas de intervenção psicossocial possuem como objetivo levar o grupo a um momento de reflexão, de elaboração das vivências relacionadas com o seu tema de interesse. A intervenção com grupos pode ser realizada de diversas maneiras, um exemplo são as “Oficinas de Intervenção Psicossocial” (anteriormente chamadas de Oficinas de Dinâmica de Grupo) que Afonso (2006, P.9) define como:

Um trabalho estruturado com grupos, independente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

As oficinas possuem um número combinado de encontros, com um planejamento básico, flexível uma vez que entende-se o grupo como em processo permanente de construção, mudando, assim, ao longo da intervenção. As oficinas possuem momentos de reflexão e também de informação, mas não se confundem com grupos pedagógicos ou grupos de terapia. Busca-se com intervenção psicossocial que os integrantes do grupo elaborem suas vivências e assim possam rever sua história passando a implicar-se como sujeito (auto)construtor e autônomo (Afonso, 2006).

A afirmação de Lewin (1988 como citado em Afonso, 2006) justifica o trabalho com pequenos grupos: *a mudança cultural só é possível se partir da base da sociedade, daí a importância dos pequenos grupos sociais.*

Durante a realização da pesquisa em Iniciação Científica: *“Afetividade, Identidade e Poder: características e articulações com o desenvolvimento do processo grupal*, na qual eram investigadas Instituições de Longa Permanência, pudemos entrar em contato com as especificidades e entraves na realização de intervenção psicossocial com idosos institucionalizados. As instituições pesquisadas possuíam características de Instituições Totais de acordo com as definições de Goffman (1974).

2.4 Especificidades e Entraves

Ao sair de sua residência e ingressar em uma ILPI o idoso passa a experienciar profundas transformações em sua vida. Como foi citado anteriormente, em uma instituição total a rotina é toda determinada por regras e também há um corte com os laços do exterior.

Inicialmente, a maior ruptura que ocorre é a perda dos laços com o passado, deixar sua casa, sua família, seus vizinhos, seus objetos pessoais que o acompanharam ao longo da vida. Nos primeiros meses da internação a família mantém os laços com os idosos e, aos poucos as visitas vão ficando cada vez mais esparsas, apenas nos dias festivos, assim os contatos entre os idosos e seus familiares vão diminuindo, chegando, em grande parte das vezes, ao abandono.

As instituições sempre possuem horários de visitas, o Estatuto do Idoso prevê a manutenção dos vínculos familiares e participação nas atividades internas e externas da comunidade, no entanto, a solidão e o isolamento são uma constante para os internos. Não basta a ILPI ser uma instituição aberta para receber familiares, devem fazer parte das intervenções o estabelecimento e manutenção dos vínculos familiares, bem como o

desenvolvimento de projetos junto às comunidades, com o intuito de diminuir o isolamento social dos idosos residentes nestas instituições.

Dentro da instituição total tudo é compartilhado, tudo se dá em grupo, as questões individuais não são prioridade. Na maior parte das vezes toda a vida se dá de forma coletiva, em grandes refeitórios, nas salas e pátios, até mesmo os quartos e os banheiros são coletivos. Desta forma nas ILPI's não há muito espaço para os objetos pessoais, tanto por questões evidentemente físicas, quanto pela própria instituição, que para seu melhor funcionamento, necessita que os internos rompam com seus laços externos, ficando assim, mais fácil o convívio.

Esses objetos que nos acompanham ao longo da vida servem de laço identitário, e são o que Bosi (2003) chama de objetos biográficos. Apesar dos objetos à nossa volta sempre estarem sujeitos a mudança, eles criam um espaço significativo, de algo familiar, ligado à nossa identidade. E justamente esta é a primeira perda que o idoso sofre.

Os objetos biográficos são pequenos objetos, na maior parte das vezes antigos, porém carregados de significado e afetividade, como por exemplo: fotos antigas, livros, cartas, santos, terços, quadros de família, louça, etc. Nas intervenções em ILPI's buscamos criar espaços, mesmo que pequenos, que pudessem garantir aos idosos a preservação de alguns de seus objetos biográficos. Tanto para minimizar o momento de transição, quanto para preservação dos laços identitários.

Há um processo de separação dos internos com o mundo externo, faz parte do movimento da instituição, mesmo que não seja de forma aberta. Além da separação física e dos objetos biográficos, há também a perda de papéis sociais. Dentro da instituição busca-se igualar todos os internos, mesmo que um idoso tenha tido uma posição social relevante, ou um papel social este precisa ser deixado do lado de fora. Nos dizeres de Goffman (1979, p. 47):

As instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que a sociedade civil tem o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que possuem autonomia no seu mundo, que é uma pessoa com decisões adultas, autonomia e liberdade de ação.

A intervenção psicossocial na instituição visa resgatar a identidade dos idosos, para tanto é necessário realizar um mergulho na história de vida de cada idoso, que aos poucos foi sendo esquecida com a entrada na instituição. Um trabalho com jogos, como o “Jogo da Vida”, que trabalha a memória e história dos idosos pode alcançar resultados

significativos. Em uma das ILPI's trabalhadas, com a aplicação deste jogo, além de trazer à tona diversas lembranças significativas, houve um reconhecimento por parte do grupo da história de cada um dos membros da instituição. Este reconhecimento do outro mostrou-se altamente relevante para os idosos, que puderam assim fortalecer sua identidade como o movimento grupal.

Outro processo muito comum em ILP's, que também reforça o enfraquecimento da identidade, é o atendimento que se dá em série, de acordo com as normas da instituição, para se ganhar tempo e controlar todas as atividades dos internos. Com este procedimento a instituição não leva em consideração as características individuais, há o horário do banho, o horário da refeição, o horário de se recolher. Não há opções de escolha, nem preservação de hábitos que eram cultivados fora da instituição.

Muitas vezes pudemos observar formas de resistência por parte dos idosos, por exemplo, como não podem escolher o que gostariam de comer se recusam a se alimentar; ou como não podem escolher o horário do banho sujam-se propositalmente para terem que tomar outro. Este tipo de resistência ocorre principalmente no início da internação, como observado por Goffman (1974), é uma maneira que o interno possui de tentar preservar, a todo custo, sua identidade.

Dentro de uma instituição de longa permanência para idosos o processo grupal também se dá de forma diferenciada. Como afirma Enriquez (2001), para que se constitua um grupo é necessário que haja um projeto comum e, para que este projeto se estabeleça deve haver um sistema de valores, uma representação social coletiva, que são sentidas intelectual e afetivamente. Assim, a estruturação do grupo se dá através da resolução do conflito entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento, esse duplo laço do vínculo em grupos de idosos se dá de forma diferenciada.

A necessidade de pertença, de possuir um lugar no grupo, de ser reconhecido como membro do grupo não é percebida – em um primeiro momento – entre os idosos institucionalizados. Scharfstein (2006) em sua tese, ressalta a dificuldade que os idosos possuem de se reconhecerem como velhos, movimento este que é uma negação da morte. E ilustra claramente os dizeres de Messy (1993, como citado em Scharfstein, 2006) de que: *Velho é o outro*. Portanto no início da intervenção psicossocial com idosos fica evidente a dificuldade de estabelecimento dos vínculos, uma vez que para os internos criarem vínculos eles precisam se identificar com aquilo que querem negar, a velhice.

O vínculo entre os cuidadores e os idosos também possui especificidades, muitas vezes observamos a resistência dos cuidadores em estabelecer relações vinculares como

meio de autoproteção para evitar o sofrimento da perda que é muito evidente nestas instituições. Como a mortalidade é muito alta em ILPI's (tanto por se tratar de uma população idosa, quanto pelas condições de vida em tais instituições) os cuidadores preferem não estabelecer vínculos com os idosos, buscam se resguardar e manter uma relação o mais distante possível, sem implicações afetivas. A relação entre os idosos e os cuidadores, muitas vezes é tensa, pode ocorrer que ambos nutram estereótipos limitados uns dos outros, o que pode dificultar ainda mais a convivência. Com o intuito de superar tais relações as intervenções devem, além de buscar envolver os idosos entre si para formação de vínculos, abranger também os cuidadores.

Sabemos que há a necessidade da criação do vínculo grupal, uma vez que, o vínculo entre os participantes dos grupos é uma premissa para que as expressões de afetividade ocorram com maior fluidez, e para que, conseqüentemente, haja a formação de uma identidade grupal.

No entanto, muitas vezes as instituições atuam na perspectiva de barrar a criação de vínculos entre os integrantes dos grupos, entre os cuidadores e entre os cuidadores e os idosos. As estratégias podem ser diversas, como por meio de trocas sucessivas de alas, pela mudança de turnos dos cuidadores, realocação em outro posto de trabalho, ou simplesmente pelo boicote direto das intervenções.

A entrada na ILPI traz entraves à vivência da afetividade, inicialmente pela interdição da criação de vínculos, e posteriormente dificultando o contato entre os internos e a inexistência de atividades que possam fazer despertar ou expressar. É na intervenção que os idosos possuem oportunidade de vivenciar sua afetividade. A afetividade nas ILPI's pode ser demonstrada de forma tênue, como em uma fala emocionada, expressão de sentimentos negativos, ou em momentos de ajuda ao próximo; mas também pode ser expressa de maneira mais contundente como queixas contra a instituição, rebelião frente às normas institucionais, desavenças entre os membros do grupo, entre outras. Nestes casos as intervenções podem ser organizadas como um momento de livre expressão da afetividade grupal, para que o próprio grupo reflita e se reconfigure a partir de tais vigências.

A instituição nega o desejo dos idosos, tratando este assunto de forma velada, pois neste local nada se pode falar sobre isto. Frequentemente, por faltarem meios de expressar sua afetividade, os idosos podem assumir comportamentos regressivos infantilizados e que geralmente são associados a doenças; ou podem apresentar desejos sexuais, que se manifestam de formas variadas, através de falas, de comportamentos inapropriados, na impossibilidade de parceiros do outro sexo através da homossexualidade, e etc.

A sexualidade, não pode ser vivenciada de forma plena, dentro de uma instituição total ela é negada, reprimida e quando acontece é apenas de forma velada. Um fator relevante para que a sexualidade seja deixada de lado é a representação social de que velho não possui sexualidade, que nesta fase não se tem mais vida. Aliada a essa visão ainda temos as questões religiosas, uma vez que a maior parte das ILPI's está vinculada a obras religiosas de caridade, assim a sexualidade não combina com o contexto religioso. O trabalho junto às ILPI's deve, ao menos, buscar questionar tais posições conservadoras e com o tempo operar mudanças nesse sentido.

Além de todos estes fatores, vale à pena destacar que as ILPI's ainda são lugares onde a inatividade predomina. A maior delas não possui o desenvolvimento de qualquer tipo de atividade e, as poucas que possuem proposição de atividades encontram baixa adesão. A falta de participação nas atividades propostas pode se dar pela falta de identificação com a tarefa, que geralmente é proposta pela Direção, ou pela atitude passiva de alguns idosos que sentem-se desmotivados.

Como ressaltam Ximenes e Côrte (2006), a atividade ou o fazer é imprescindível para o ser humano, principalmente quando se trata de idosos, pois elas são capazes de dar sentido à vida, mantêm o equilíbrio físico, emocional e social. Os idosos ativos encontram-se envolvidos com planos, com a comunidade, com outras pessoas, são mais autônomos e capazes de se adaptar a esta nova fase, independente do tipo de atividade em que se encontram engajados. Os autores ressaltam que:

O fazer, portanto, dará suporte para a criação de recursos internos para que o idoso enfrente o processo de envelhecimento, adaptando-se às mudanças com algum equilíbrio emocional, por fortalecer sua autoestima, com uma visão de mundo mais positiva, vontade de viver e, conseqüentemente, trazendo a esperança de uma vida longa, com saúde, independência e autonomia.

Em nossa sociedade as atividades produtivas são as mais reconhecidas, enquanto as outras são tratadas como menos relevantes. Contudo, outros tipos de atividades podem trazer os mesmos benefícios que as atividades produtivas. Dentro das Instituições de Longa Permanência podem ser desenvolvidos diversos tipos de atividades, como por exemplo: atividades produtivas, caritativas, religiosas, artísticas, atividades da vida diária, de responsabilidade social, recreativas, lúdicas, educativas.

Mais importante do que o tipo da atividade a ser escolhida, é a relevância que tal atividade possui para o grupo de idosos. É importante que o grupo escolha qual atividade deseja realizar, que todo o processo da atividade seja desenvolvido com o grupo e que a

participação seja facultativa. É vantajoso aproveitar as habilidades dos próprios idosos no desenvolvimento das atividades grupais, garantindo assim um momento de maior interação entre eles. Deste modo o próprio momento da realização das atividades pode se tornar o disparador de uma intervenção, uma simples aula de artesanato pode se tornar um momento de desenvolvimento grupal.

As instituições asilares são, por excelência, locais fortemente marcados por relações de poder. Em todo o tempo relações verticais de poder podem ser presenciadas. Como afirma Foucault (1979) a primeira instância que as relações de poder abrangem é o controle do espaço. Como sabemos as ILPI's em sua maior parte possuem grandes refeitórios, pátios, são fechadas com grandes portões e geralmente são divididas em alas para controlar o ir e vir, bem como a comunicação interna. Goffman (1974) ressalta que nas instituições totais é a equipe dirigente que controla a comunicação. A segunda instância que as relações de poder atingem é o controle do tempo, que conforme acima citado, tem como objetivo facilitar o controle dos internos por parte da instituição. E, finalmente, a última instância é o "olhar invisível", é o controle de todas as informações internas, nada acontece que a Diretoria não saiba. Assim como no *panopticon*, há um registro de tudo o que acontece; os funcionários funcionam como uma rede onde as informações são passadas através dos níveis hierárquicos até a Direção, de forma que nada escape à sua autoridade.

As relações de poder são intrínsecas às instituições totais, e constituem o maior entrave para a realização das intervenções. O discurso institucional não se mantém sem suas regras rígidas e o controle. O ponto crítico para a realização do trabalho nestas instituições é que a Direção local, mediante as intervenções realizadas, possua uma abertura, mesmo que pequena, para realizar mudanças na instituição.

A realização de intervenção nas instituições totais é marcada por diversos entraves, os atravessamentos institucionais e as pressões que elas efetuam alteram a dinâmica interna do grupo. Como ressalta Enriquez (2001), as instituições buscam a regulação social, visam a repetição, a reprodução de relações sociais (pulsão de morte), que impede a tomada de consciência das relações sociais. Deste modo, percebemos que elas possuem um discurso de aceitação da intervenção, de que demandam mudanças, mas durante as intervenções agem de modo a barrar a mudança institucional, pois tal mudança representa uma ameaça à sua constituição interna.

Quando a intervenção realizada na instituição pode abarcar apenas parte desta (seja por falta de recursos, de pessoal ou até de abertura institucional) pode ocorrer o surgimento de conflitos entre os setores da instituição. Por exemplo, as intervenções realizadas apenas

com os internos de uma instituição podem sofrer o boicote da equipe dirigente, ou até mesmo dos próprios cuidadores. Em situações como esta, vemos como é necessário o estabelecimento de vínculos com a equipe de dirigentes/cuidadores, uma vez que, estes, quando se encontram identificados com a tarefa atuarão no sentido de facilitar o processo de intervenção.

A intervenção psicossocial com idosos institucionalizados possui diversas especificidades, como a dificuldade do estabelecimento de vínculo entre os idosos, e entre os cuidadores e os idosos, a tenuidade do questionamento das relações de poder e como as expressões da afetividade são barradas. Tais atitudes possuem o intuito de inibir os processos de mudança que colocam em questão o instituído.

E mesmo com suas diferenciações, a intervenção em grupos de idosos de ILP's é um trabalho factível e desejável. Apesar das especificidades e entraves encontrados na realização do trabalho com idosos que moram em Instituições de Longa Permanência, é fundamental a realização deste tipo de intervenção, uma vez que estes grupos, assim como os outros, *mutatis mutandis*, também buscam o desenvolvimento da consciência e da autonomia grupal. Como o envelhecimento é multideterminado é preciso que se realize um trabalho de intervenção mais abrangente, deste modo é relevante que ele seja desenvolvido por uma equipe multi ou transdisciplinar.

CAPÍTULO 3 – A PSICOLOGIA SOCIAL E A TEORIA DE GRUPOS

Existem diversas concepções teóricas em Psicologia Social acerca do estudo de grupos. Serão utilizados neste trabalho os autores que compartilham da visão dialética sobre os grupos. Demo (1995) afirma que a dialética é a metodologia mais conveniente para entender a realidade social, pois esta é composta por um fenômeno histórico e subjetivo, o que não se aplica às ciências naturais.

Para se compreender um fato social é importante considerar sua transitoriedade: *toda formação histórica está sempre em transição, o que supõe visão intrinsecamente dinâmica da realidade social, no sentido da **produtividade histórica*** (Demo, 1995, p.90, grifo do autor). Conceito fundamental para se entender a dialética é a antítese, uma vez que toda realidade social gera o seu contrário ou condições objetivas e subjetivas para sua própria superação. O processo histórico, então, se dá pela superação e posterior institucionalização, pois nada pode ser superado antes de ser cristalizado. O processo dialético é marcado pela mudança, este é um movimento contínuo, sempre se refazendo, nesse diálogo de contrários – contrários, porém não contraditórios – há um movimento de conflito.

Devemos considerar a realidade social como condicionada por dois fatores. Primeiramente pelas condições objetivas, que são externas aos homens, dadas sem sua opção própria. Em segundo lugar as condições subjetivas que são dependentes da opção humana, a capacidade de construir a história em parte, capacidade política de agir. E é na relação entre esses dois fatores condicionantes que se dão os processos sociais, em determinados momentos com uma polarização em um ou outro nível (Demo, 1995).

No referencial epistemológico histórico-dialético o homem é entendido como produto e produtor, não só da sua história pessoal, mas da história de sua sociedade; ele é histórico e social. O homem é socialmente determinado, mesmo antes de nascer ele já está inserido em um grupo social que deposita expectativas nele; para participar de um grupo depende da linguagem, que é anterior a ele, um código social, que também é histórico, portanto veículo da ideologia do grupo. O homem é historicamente determinado, pois, cada sociedade para organizar sua produção da vida material gera uma contradição fundamental, que ao ser superada gera uma nova sociedade (Lane, 1984).

Para podermos entender os processos históricos e dialéticos da sociedade é imprescindível o estudo dos pequenos grupos. Existem várias definições de grupo na literatura, uma delas é de que existe um grupo quando há um conjunto de pessoas reunidas

em torno de uma tarefa, com um objetivo comum. Já para Pichon-Rivière (1998, p.177), há um grupo quando temos:

um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis.

Entre as diferentes concepções de Grupo há um ponto em comum; qual seja: a formação de um “grupo” só ocorre enquanto há uma finalidade comum. Sendo que as vivências cotidianas apresentam uma infinidade de formas de associação entre pessoas, as quais são chamadas de grupo. Daí surge a necessidade de buscar-se uma precisão conceitual maior se pretendemos que o termo grupo seja mais do que um nome e expresse um caráter próprio dos fenômenos psicossociais (Martín-Baró, 1989 p. 189).

Concordamos com a proposição de Lane (1984, p.81) ao afirmar que, o significado da ação grupal só pode ser encontrado dentro de uma perspectiva histórica que considere a sua inserção na sociedade, com suas determinações econômicas, institucionais e ideológicas. Assim, o grupo deve ser conhecido enquanto um processo histórico, e neste sentido é mais apropriado se falar em *processo grupal* ao invés de grupo, nos dizeres de Vieira-Silva, (2000, p.6):

Analisar o grupo como “Processo Grupal” permite compreender seu movimento permanente: na realização de suas tarefas, na construção de sua identidade, nas suas “idas e vindas” em torno da produção de seus projetos coletivos e na dialética permanente do seu transitar entre esses projetos e os interesses individuais. O grupo é, com certeza, o lugar da multiplicidade e não da homogeneidade. Seu desafio é a construção de um projeto coletivo a partir das heterogeneidades de seus membros. Partindo dessas premissas não faz sentido uma definição fechada e acabada do grupo. Ele está sempre por fazer-se, está, em todo momento, em construção, em processo, avaliando e produzindo sua história, a partir da história de cada um e de suas implicações na história coletiva.

O grupo enquanto processo grupal está sempre em movimento, seu desenvolvimento se dá em forma de espiral dialética, movimentos circulares em forma de cone invertido em direção ao infinito. Neste movimento o grupo, em cada momento nega o momento atual, superando-o, porém conservando características do momento anterior, depois passa ao momento da negação da negação, fechando com uma nova afirmação e assim sucessivamente (Pichon-Rivière, 1998). O grupo se encontra em eterno movimento, muitas vezes passa por processos como o movimento de *idas e vindas*, ou seja, momentos

de avanço e retrocesso grupal, principalmente em termos de participação e envolvimento (Vieira-Silva, 2000).

3.1 Afetividade

De acordo com Agnes Heller (1985), os sentimentos nos envolvem com as situações. Nos grupos, os sentimentos e as emoções permeiam, direcionam ou redirecionam as relações pessoais e as reações que manifestamos frente a determinadas situações com as quais estamos envolvidos.

Assim, a afetividade penetra em todos os níveis da vida de um grupo, bem como em todos os participantes desse grupo. Os sentimentos de grupo são expressos de formas diversas, podendo ser ou não diretas, conforme o nível de expressão. São justamente estes afetos expressos que vão constituir a unidade dos fenômenos de grupo e permitir a coesão da identidade grupal.

Falar sobre afetividade não significa falar apenas sobre sentimentos positivos: podem ser considerados expressões de afetividade os temores de ser prejudicado ou explorado, de ter o grupo unido contra si, de ser excluído, de ser ridículo, de mostrar fraqueza da qual outros se aproveitarão. Ou seja, na esfera da afetividade estão todos os sentimentos, emoções e fantasias, explícitas ou implícitas no processo grupal, que bloqueiam ou impulsionam o grupo na realização de sua tarefa externa. Sendo a tarefa externa, conforme definição de Pichon-Rivière, os objetivos e ideais que o grupo se propõe realizar e com os quais se identifica para nomear a sua identidade (Pichon-Rivière, 1980).

Para Pagès (1976) a afetividade pode ser entendida como o contraste entre a racionalidade e o comportamento de fato, que pode ser exemplificado por um conflito afetivo, que é demonstração de um sentimento de medo grupal, o autor ressalta ainda: *[...] existe uma distância entre a racionalidade consciente do grupo, principalmente sua ideologia e seu comportamento de fato. Fatores emocionais subjacentes, residindo em sentimentos não formulados precedem esta ação.* Muitas vezes ocorre também que a produção individual surge como demonstração de que indivíduos, ou subgrupos, agem como representantes dos movimentos inconscientes do grupo.

Maheirie (2001) faz uma distinção entre sentimentos e emoção, para a autora os sentimentos seriam os estados mais “estáveis” da afetividade, envolvidos por uma reflexão

espontânea que os alimenta e constitui. As emoções são entendidas como uma explosão da afetividade, mas neste caso a reflexão espontânea as alimenta mas não as constitui. A afetividade abarca todas as relações humanas espontâneas, como os sentimentos e as emoções, que são formas específicas de dirigir a consciência a um objeto. A afetividade é um tipo de consciência, sempre consciência de algo.

A consciência na emoção não é apenas criar significações sobre o mundo, o sujeito experiencia, experimenta este mundo; neste sentido, a “emoção é sofrida”, e não há controle sobre ela. A emoção é consciência que está estruturada em uma crença, já que é necessário crer em um imaginário para se emocionar. Essa relação imaginária pode reger nossa percepção sobre a outra pessoa e nortear as relações entre os seres humanos. *O mundo social é, antes de tudo, mágico, isto é, o mundo social contempla um mundo imaginário* (Maheirie, 2001, p.58).

Uma característica das emoções é que suas manifestações não são separadas das ações, sobre elas não há um controle como com outros tipos de ação, assim o comportamento fisiológico é a objetivação da emoção (Maheirie, 2001).

E uma última característica das emoções é relacionada por Sawaia (1997 como citada em Maheirie 2002, P.38), que ressalta o caráter histórico e social das emoções:

Embora não se constituam, em si mesmas, como manifestações racionais, as emoções estão no horizonte de uma racionalidade histórica e socialmente construída. Nesta perspectiva, as emoções devem ser analisadas no contexto psicossocial de cada um, pois podem fazer transcender ou aprisionar os sujeitos, possibilitando reflexões libertadoras ou cerceadoras da existência humana.

As relações afetivas não se dão em um vácuo, fora da relação espaço tempo, como ela é contextualizada, entendemos que em situações diferentes elas se dão de maneira diferente. As especificidades do contexto se refletem nas formas de expressão da afetividade, pois nem sempre ela pode ser vivenciada de forma plena.

3.2 Identidade

Ciampa (1987) define a identidade como um movimento, Morte-e-vida que é uma dialética desveladora da metamorfose. A identidade em um primeiro momento pode ser entendida como traço estático que define o ser, que caracteriza o indivíduo isolado, com

uma identidade imediata e imutável, tipicamente representada pelo nome próprio, como uma tentativa de sustentar uma certeza. Interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso, como quando nos identificamos com nosso nome e ele afirma nossa identidade, mas é apenas uma representação. Neste sentido a identidade assume forma de personagem.

O indivíduo não é algo, mas sim o que faz, o fazer é sempre atividade no mundo, em relações com os outros. O indivíduo como relação é determinado, também, pelo que não é, pelo que nega. Assim, a identidade é, ao mesmo tempo, diferença e igualdade, ação e não-ação.

A identidade possui dois processos, o primeiro é a Metamorfose, a vida que supera a morte, é sempre movimento, é sempre transformação. A transformação que se dá na identidade é a mutação das determinações exteriores em autodeterminação, que pressupõe uma finalidade. Há também a não-metamorfose, processo de reposição da identidade, repetição, que gera uma má infinidade. Re-atualizamos, através de rituais sociais, uma identidade pressuposta, que assim é vista como algo dado (e não se dando continuamente através de reposição), porém evitar a transformação é impossível. A identidade é metamorfose, invertida em não-metamorfose através da re-posição/pressuposição. A atividade, genericamente como presentificar, invertida como re-presentar, adquire tríplice significado, articulando o mecanismo da má-infinidade (presentificar invertido como representar).

Quanto maior for o conformismo com as convenções sociais, mais as identidades pressupostas são repostas, ou seja, são reproduzidas de forma a consolidar uma tradição que vê como natural o que é social e, conseqüentemente, histórico. Desta forma a metamorfose enquanto processo constante da identidade das pessoas pode se dar de três formas: Simples reposição: não há questionamento ou responsabilidade do indivíduo, ele não possui autonomia, aceita a personagem atribuída pelos outros, permanece em uma mesmice, é a-crítico. Outra forma que a metamorfose pode assumir é a da degradação enquanto estigma, que é atribuída pelos outros e incorporada pelo sujeito, deteriorando sua identidade por ataques discriminatórios e ações preconceituosas. E por fim, a última manifestação da metamorfose pode se dar como superação, quando o sujeito supera os valores estigmatizantes e preconceituosos impostos pela sociedade, agindo de forma livre e criativa, agindo de forma autêntica (Pacheco & Ciampa, 2006).

Assim, descobrimos que somos atividade e que o dado é resultado do dar-se. As personagens vão se constituindo umas às outras, no mesmo tempo que constituem um

universo de significações que as constitui. Todos são co-autores da história que todas as personagens montam e constituem-se reciprocamente. A identidade é história, não há personagem fora da história. *A metamorfose, ainda quando impedida, ainda quando oculta, expressa a invencibilidade da substância humana como produção histórica e material* (Ciampa, 1987, p.182).

A negação da negação se dá com o desenvolvimento de uma identidade posta como metamorfose constante. Há uma alterização, uma mudança significativa – um salto qualitativo – a partir de mudanças quantitativas, às vezes insignificantes. O existir humanamente não está garantido por uma mudança que se dá naturalmente, mecanicamente. Concomitante com a mudança da identidade transforma-se a consciência.

O desenvolvimento da identidade não depende apenas da subjetividade, mas também da objetividade. O homem é desejo e trabalho. Na práxis, que é a unidade da subjetividade e da objetividade, o homem produz a si mesmo. *O singular materializa o universal na unidade do particular*. Cada personagem é momento do todo, seu movimento. Metamorfose, morte e vida, movimento progressivo e regressivo.

A metamorfose implica em reciprocidade da consciência, assim como a não-metamorfose implica a reciprocidade com o inconsciente. Metamorfose é o desenvolvimento concreto. As personagens são momentos da identidade, degraus que se sucedem, círculos que se voltam sobre si em um movimento, ao mesmo tempo, de progressão e de regressão. O desenvolvimento da identidade de alguém é determinado pelas condições históricas, sociais, materiais dadas, aí incluídas as condições dos próprios indivíduos. Para compreender a identidade precisamos considerar a estrutura social e o momento histórico. Não podemos deixar de mencionar que vivemos em uma sociedade capitalista, o que traz implicações. O movimento de metamorfose da identidade, rumo à emancipação pessoal e à humanização, pode ser cerceado por condições concretas desumanas, Mattos e Ferreira (2005) destacam os condicionantes da identidade entre os indivíduos idosos:

A identidade do indivíduo nessa faixa etária é constituída a partir da totalidade de sua experiência concreta em um contexto sócio-histórico determinado. O idoso assim o é porque incorporou a identificação objetivada e pressuposta em suas relações sociais; adotou a posição de papéis e expectativas sociais sobre quem é e como deve agir. Tal perspectiva de forma alguma negligencia os aspectos biológicos efetivamente associados à velhice; apenas concebemos que as modificações corporais e a elaboração subjetiva estão atreladas ao significado socialmente compartilhado sobre o envelhecer.

Beauvoir (1990) discute a mudança de papéis que ocorre na velhice, principalmente para os homens que se aposentam e perdem sua qualificação, que durante anos era a identificação fundamental. Há uma ambigüidade na vivência do momento da aposentadoria, muitos anseiam por ela, mas quando ela chega é difícil adaptar-se. O trabalho define a identidade dos homens, quando se aposentam sentem-se vazios. Com esta mudança muitas vezes o aposentado dá a seu corpo a atenção que dava ao trabalho, então surgem as queixas sobre as dores para esconder de si próprio que sofre de uma perda de prestígio. Já as mulheres, em sua maioria, donas de casa, possuem certa continuidade de papéis e de mães passam a serem avós.

Ao longo de nossas vidas criamos ao nosso redor espaços expressivos, de familiaridade e de identificação. Estamos sempre sujeitos à mobilidade e a mudanças, mas há algo que desejamos que permaneça imóvel, ao menos na velhice, que segundo Bosi (2003, p.25) é:

o conjunto de objetos que nos rodeiam. Nesse conjunto amamos a disposição tácita, mas eloqüente. Mais que uma sensação estética ou de utilidade eles nos dão um assentimento à nossa posição no mundo, à nossa identidade; e os que estiveram sempre conosco falam à nossa alma em língua natal. O arranjo da sala, cujas cadeiras preparam o círculo das conversas amigas, como a cama prepara o descanso e a mesa de cabeceira os derradeiros instantes do dia, o ritual antes do sono.

São os chamados objetos biográficos que envelhecem com o possuidor e se incorporam à sua vida, passando a resgatar sua identidade. Cada um desses objetos representa uma experiência vivida, uma aventura afetiva do morador. São objetos que aumentam de valor subjetivo conforme o tempo passa, estão ligados à memória dos idosos e, conseqüentemente, à sua identidade.

A identidade como processo grupal segundo Vieira-Silva (2000), é diferente da “soma” das identidades dos membros de um grupo. É uma produção coletiva que tem muito mais a ver com a trajetória do grupo em torno de suas atividades, objetivos, história, enquanto grupo, do que com uma “nomeação” que tenha sido proposta ao grupo, por outros. A identidade grupal vai sendo construída paralelamente ao desenvolvimento de um sentido e de um sentimento de “pertencimento” ao grupo.

De acordo com Martín-Baró (1989 p. 208), para que haja uma identidade grupal não significa que todos os membros tenham o mesmo traço comum. *O que a identidade grupal requer é que exista uma totalidade, uma unidade de conjunto, e que esta totalidade tenha uma peculiaridade que permita diferenciá-la de outras totalidades.* Para o autor três

aspectos configuram basicamente a identidade de um grupo: *sua formalização organizativa, suas relações com outros grupos e a consciência de seus membros.*

O que há de comum nos grupos é todos têm seu grau de estruturação interna ou de institucionalização ou regulação das ações de seus membros. Vieira-Silva (2000, p.7) afirma:

Sempre haverá normas que podem ser formais ou informais, rígidas ou flexíveis, estáveis ou passageiras, que determinem, em cada momento, os critérios de pertencimento ao grupo. Assim a identidade de um grupo se traduz nessas normas de pertencimento e de exclusão no interior de cada sociedade.

Martín-Baró (1989) argumenta, ainda, que a formalização organizativa de um grupo requer uma definição de suas partes e uma regulação das relações entre elas; como estão divididas as funções e atribuições, como estão sistematizadas as tarefas, como são distribuídas as obrigações. A identidade de um grupo condiciona e transcende a identidade de cada um de seus membros. Um nome representativo de um grupo não é algo socialmente insignificante; representa um carimbo que testemunha a realidade grupal e expressa uma realidade social, uma marca que dá crédito ao grupo como tal, diante da consciência coletiva. A identidade grupal não é apenas a existência de unidade, pode haver, também, uma identidade contraditória em alguns grupos. A identidade objetiva dos grupos surge de sua conexão com alguns interesses sociais, pessoais e coletivos, é possível que existam grupos com uma identidade contraditória, ou seja, grupos formados por membros de uma classe social que canalizam contra si próprios os interesses das classes opostas.

John Turner (1984, como citado em Martín-Baró, 1989), propõe que é o pertencimento subjetivo o que determina a existência do que ele chama de grupo psicológico, entendido como *um conjunto de indivíduos que se sentem e atuam como grupo*, e aceita de alguma maneira esta situação. Para Turner, a identidade e a conduta enquanto grupais surgem como efeito da categorização grupal sobre a definição e percepção de cada pessoa. Assim, um grupo psicológico pode ser definido como *um conjunto de pessoas que compartilham a mesma identificação social ou se definem a si mesmas com a mesma categoria social de membros.*

O significado que a referência grupal tem para os membros de um grupo depende de sua identificação com esse grupo, ou seja, de sua aceitação do que o grupo é e de seus objetivos como algo próprio deles.

Martín-Baró (1989) postula que consciência e identificação não são a mesma coisa, ainda que estejam intrinsecamente relacionadas. Um maior ou menor grau de consciência e identificação pode levar a um maior ou menor comprometimento dos indivíduos com os grupos. Consciência e identificação constituem fatores complexos, porém extremamente importantes para a identidade grupal.

3.3 Poder

Para Martín-Baró (1989) o poder é o segundo parâmetro fundamental para a compreensão psicossocial de um grupo. Segundo ele, o poder não é concebido como um objeto, como alguma coisa que se possui em determinada quantidade; é mais uma característica das relações sociais que emerge pelas diferenças entre os diversos recursos de que dispõem os atores, quer sejam indivíduos, grupos ou populações inteiras. Isto significa que o poder de um grupo tem que ser examinado à luz de sua situação particular, em uma determinada sociedade; está relacionado com os diferenciais de recursos que consegue em suas relações com outros grupos frente aos aspectos mais significativos da existência ou frente aos objetos que como grupo persegue. Assim, um grupo será poderoso sempre que consiga tais diferenciais vantajosos nas relações com outros grupos, que lhe permitam alcançar seus objetivos e inclusive impor sua vontade aos outros grupos sociais (Vieira-Silva, 2000).

É indispensável ponderar sobre as contribuições de Michel Foucault (1979) sobre as relações de poder, que dão subsídios para os estudos sobre as instituições totais. Segundo este autor não existe uma teoria geral do poder, uma vez que não é uma realidade que possui uma essência com características universais. Existem formas díspares, heterogêneas e em mutação. É uma prática social constituída historicamente. O poder não se reduz simplesmente às forças do Estado. Em toda a sociedade o poder assume formas regionais, são técnicas de dominação, ele intervém materialmente atingindo a realidade concreta dos indivíduos, no seu corpo e no nível do corpo social e não acima dele. O poder não se dá do macro para o micro, ao contrário é uma relação de forças é o micro-poder.

Assim é importante ressaltar que o poder não está concentrado em nenhum lugar específico da Estrutura Social. É uma rede de dispositivos ou mecanismos “da qual nada ou ninguém escapa, da qual não existe exterior possível, limites ou fronteiras”. O poder não é uma coisa, algo que se detém ou não como uma propriedade. “O Poder” não existe, o que existe são práticas ou relações de poder, ele é exercido, efetuado. Ele é considerado

uma máquina social disseminada pela estrutura social, então deve ser analisado como algo que circula, que funciona em cadeia, em rede, pois não está localizado. Em suas malhas o indivíduo sofre e exerce o poder.

Foucault (1979) afirma que há uma estreita relação entre o poder, o direito e a verdade. Segundo o autor, pelo poder somos obrigados a produzir, a produzir uma verdade, ele não pára de nos interrogar, indagar, registrar e institucionalizar na busca da verdade, profissionalizando-a e recompensando-a. A verdade se torna lei e produz um discurso da verdade, estamos todos submetidos a ela.

O autor nos adverte sobre algumas precauções metodológicas no estudo das relações de poder. Em primeiro lugar não se deve analisar as formas regulamentares e legítimas de poder em seu centro, em seus mecanismos gerais e constantes. Também não se deve analisar o poder no plano da intenção ou da decisão, não abordá-lo pelo lado interno. Alerta, ainda, que não se deve tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, ou de um grupo sobre os outros, entre os que detêm o poder e os que são submetidos. O poder não é dado por uma dominação global que se pluraliza e repercute até embaixo, como uma análise descendente. O poder também não pode ser compreendido como aprioristicamente ideológico, ele é antes de tudo um saber. Sobre isso Foucault (1979) afirma:

Em vez de orientar a pesquisa sobre o poder no sentido do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos de Estado e das ideologias que o acompanham, deve-se orientá-la para a dominação, operadores materiais, formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e dispositivos estratégicos. Deve-se estudá-lo de forma fora do modelo de Leviatã, fora do campo delimitado pela soberania jurídica e pela instituição estatal. É preciso estudá-lo a partir de técnicas e táticas de dominação.

Normalmente tem-se uma visão negativa do poder, no sentido em que o identificam com o Estado, considerando-o como repressivo, como seu modo básico de intervenção sobre os cidadãos se dando em forma de violência, coerção, opressão. Porém Foucault (1979) acrescenta uma concepção positiva do poder, ou seja, seu lado transformador, ele produz algo real, produz domínio de objetos e rituais de verdade. Assim, ele possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, ele possui como alvo o corpo humano, mas não para suplicá-lo ou mutilá-lo, mas para aprimorá-lo. A positividade do poder pode ser observada pelo fato de que o poder visa gerir a vida dos homens, controlar suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema gradual e contínuo de aperfeiçoamento de

suas capacidades. Assim o poder também possui um viés econômico e um viés político, ou seja, visa tornar os homens mais produtivos e mais dóceis (Foucault, 1979).

Na verdade o poder é uma tecnologia do controle, uma Disciplina, é um *método que permite um controle minucioso das operações do corpo, que assegura a sujeição constante de suas forças e impõe uma relação de docilidade-utilidade*. É o poder que fabrica o tipo de homem necessário para o funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista.

O poder é uma disciplina que atua em vários níveis. O primeiro nível é a organização do espaço, é a arte da distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. Em um segundo nível o poder exerce o controle do tempo, estabelece a sujeição do tempo com o objetivo de produzir com o máximo de rapidez e eficácia. Assim a disciplina exerce o controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre o seu desenvolvimento. O terceiro nível é o da vigilância, que é o seu principal instrumento de controle, que é contínuo e perpétuo. É o olhar invisível, assim como na idéia de Bentham do Panopticon, onde se vê tudo sem ser visto. *Não basta olhá-los às vezes e ver se o que fizeram está conforme a regra. É preciso registrá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpetua pirâmide de olhares*. E por fim o último nível que é o registro contínuo de conhecimento, a anotação do indivíduo, a transferência da informação de baixo para cima, de modo que no cerne da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape, assim, ao exercer o poder produz-se um saber.

Para Foucault (1979) o poder é o produtor da individualidade, uma vez que o indivíduo é uma produção do saber, o adestramento do corpo o individualiza. Assim como a criação do hospício produz o louco, a disciplina fabrica o indivíduo. *E do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria e o asilo da gerontologia* (grifo nosso). É relevante frisar que a produção da disciplina, do conhecimento seja ele científico ou ideológico é sempre uma produção política, uma vez que este saber não é neutro, ele serve de instrumento de dominação e é apropriado pelo Estado. O indivíduo é um dos efeitos do poder *o que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos*.

A medicina moderna é uma prática social, foi com o início do capitalismo que a prática da medicina passou de individualista para social, ela socializou o corpo enquanto força de trabalho. O controle da sociedade começa pelo corpo, o corpo é uma instância bio-política logo a medicina é uma estratégia bio-política. Na França do século XVIII

medicalizar alguém é mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros, segundo o esquema de quarentena. A medicina era baseada na exclusão, assim o exílio do doente purificava os cidadãos, o que justificava o isolamento de toda uma classe de sujeitos considerados perigosos como os leprosos, os loucos, os malfeitores e etc.. Depois da peste o esquema deixou de ser da exclusão e passa a ser do internamento, da análise da cidade, do esquadramento individualizante, modelo militar.

O hospital era uma instituição de ajuda aos pobres e de exclusão, pois o pobre e o doente são perigosos, dizia-se que era um morredouro, *mutatis mutandis* assim como a nossa atual idéia de Instituições de Longa Permanência. O principal personagem do hospital é o pobre que está morrendo, que deve ser assistido materialmente, o hospital não curava, apenas ajudava o moribundo a conseguir sua salvação. Não havia pessoal especializado, o hospital era um lugar de filantropia onde trabalhavam leigos e religiosos. Somente a partir do século XVIII é que surge o hospital terapêutico; ele passou a ser considerado um local de cura, então passou por mudanças a fim de anular as desordens de que era portador. O hospital se disciplina por motivos econômicos, porque o preço atribuído ao indivíduo aumenta.

3.4 Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida é um termo abstrato, e que pode ter significados diferentes, este foi cunhado pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson (1964) com sua afirmação de que: *os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.* A partir de então surge o interesse em se conhecer os determinantes da Qualidade de Vida, da percepção de bem estar do sujeito, distanciando-se da desumanização do sujeito realizado pelo olhar das ciências naturais, e conseqüentemente aproximando-se do conceito ampliado de saúde que vai além da mera ausência de doenças do corpo físico. O olhar das ciências sociais sobre este homem completo abrange além dos aspectos físicos, a percepção dos seus relacionamentos sociais, seus aspectos psicológicos, o ambiente onde vive e sua autodeterminação.

A Qualidade de Vida é de difícil conceituação, ainda não há consenso quanto à sua definição. Paschoal (2000) mostra que em um momento inicial, após a segunda guerra mundial, qualidade de vida era entendida como a posse de bens materiais, podia ser demonstrada por indicadores econômicos, os países com melhores indicadores econômicos

alcançariam maior qualidade de vida. Ao longo do tempo houve a evolução do conceito, ele passou a abarcar além do aspecto material o desenvolvimento social. A partir da década de 60 percebeu-se que apenas estes indicadores eram insuficientes para determinar a qualidade de vida, era importante também levar em conta a qualidade de vida percebida pelo sujeito singular (Paschoal, 2000).

Com o passar do tempo Qualidade de Vida passou a ser utilizada como indicadores de resultados de políticas sociais. Neste momento aumentaram o número de pesquisas com o intuito de reformular políticas sociais, principalmente com conotação positivista, considerando-se que a medicina, com os cuidados com a saúde, levaria a uma melhoria da Qualidade de vida da população (Paschoal, 2000).

A qualidade de vida é idiossincrática, para lugares diferentes, contextos diferentes e sujeitos diferentes o entendimento do que é a qualidade de vida se dará de forma diversa. O entendimento sobre a qualidade de vida pode mudar também de acordo com o momento histórico e entre as diferentes culturas.

O conceito de qualidade de vida é multideterminado, ele está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal. Em seu estudo Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) descrevem os aspectos determinantes da Qualidade de Vida do Idoso, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e com o ambiente no qual se vive.

A Organização Mundial de Saúde, com seu grupo de estudos *The Whoqol Group* (1995), realizou um salto no entendimento da Qualidade de Vida, acrescentando aos níveis econômico e social também o emocional, e definiu o termo como:

Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Este estudo da OMS (1995) estabeleceu três construtos fundamentais da Qualidade de Vida, são eles: subjetividade, presença de posições positivas e negativas, multidimensionalidade.

A subjetividade é referente ao fato de que a Qualidade de Vida não é um constructo objetivamente verificável, mas depende da subjetividade do sujeito, ou seja, é um constructo percebido. Sendo assim sujeitos diferentes em mesmas condições podem ter

percepções diferentes acerca de sua Qualidade de Vida. No entanto Pachoal (2006) afirma que esta subjetividade não é total, pois existem fatores externos aos sujeitos, que estes não podem controlar que interferem na avaliação da Qualidade de Vida.

A presença de posições negativas e positivas, que garante a sua característica de bipolaridade, é referente ao fato que a Qualidade de Vida abrange não apenas constructos de dimensões positivas, mas também constructos de dimensões negativas que diminuem a percepção desta, como a presença de dor, fadiga, dependência.

A multidimensionalidade do constructo Qualidade de Vida se deve ao fato deste ser composto por diversos domínios diferentes que o compõe, ou seja, é determinado por diversos fatores. A Qualidade de vida é caracterizada por seis domínios, a saber: domínio físico, domínio psicológico, domínio do nível de independência, domínio das relações sociais e o domínio ambiente.

Existem também outras duas características do conceito de Qualidade de Vida que são interligados aos anteriores, a saber: a complexidade, justamente por ser um constructo bipolar e multidimensional; e a mutabilidade, uma vez que este muda de acordo com o tempo, pessoa, contexto cultural.

De acordo com a OMS (1995), em sua Escala de Avaliação da Qualidade de Vida cada domínio é subdivido em facetas, que são subdivisões que os compõe, de acordo com a especificidade de cada domínio. O domínio físico é composto pelas facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso.

O domínio psicológico, que tende a ser menos alterado com o processo de envelhecimento é composto por: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O nível de independência é composto pelas facetas: mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamentos, capacidade de trabalho.

O domínio das relações sociais abrange as facetas: relações pessoais, suporte social, atividade sexual.

E por fim o domínio meio-ambiente que é composto por: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico, poluição, trânsito, clima, ruído, transporte.

Em seu estudo sobre Qualidade de Vida, Neri (1995), postula que na idade madura a Qualidade de Vida não é apenas um empreendimento de caráter pessoal, mas sócio-

cultural. Ela identifica os elementos indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, status social, renda, continuidade dos papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários.

A Qualidade de Vida pode sofrer uma redução em seus escores concomitante com o avanço da idade, desta forma a tão sonhada longevidade pode ser uma experiência ambígua, uma vez que pode afetar negativamente as dimensões físicas, psíquicas e sociais. Sendo estes os principais fatores da associação da velhice aos estigmas negativos (Paschoal, 2006). Em países que oferecem poucas chances de envelhecimento saudável, cada vez mais a velhice esta associada ao declínio físico, baixo contato social, perda da autonomia, isolamento, depressão, sendo assim associado à baixa Qualidade de Vida. Apesar disto, idosos que conseguem envelhecer com autonomia, independência, mantendo-se ativos e com senso de bem-estar social conseguem manter altos níveis de Qualidade de Vida.

É sabido que um dos fatores com maior peso na percepção da Qualidade de Vida é a dimensão psicossocial, de acordo com Larson (1978, como citado em Paschoal 2006) os fatores associados à satisfação com a vida entre idosos e encontrou como indicadores os altos índices de saúde, alto nível sócio econômico, ser casado e possuir mais atividades sociais. Desta forma podemos perceber como a percepção da Qualidade de Vida sofre interferência de outros fatores.

Diener e Suh (1998, como citado em Paschoal 2006) levantaram os principais fatores relacionados a percepção da Qualidade de Vida em idosos, são eles: os eventos subjetivos são mais influentes em sua percepção do que os objetivos; auto-percepção negativa está associada a baixos índices de QVD; os idosos tendem a obter índices de QVD mais altos do que os jovens; os idosos que possuem metas são mais ajustados, os homens são mais satisfeitos do que as mulheres, as quais tendem a ter menor percepção da QVD.

Tendo em vista a complexidade do conceito de Qualidade de Vida, faz-se relevante levar em conta os diversos fatores que interferem em sua interpretação.

CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Verificar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, com características alternativas, a de Qualidade de Vida percebida pelos sujeitos e seu índice conforme a escala da OMS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a qualidade de vida percebida dos idosos que residem em uma ILPI que possui uma configuração alternativa;
- Investigar o índice de qualidade de vida dos idosos que residem em uma LIPI que possui uma configuração alternativa;
- Analisar se existem e como se caracterizam as relações de poder entre os idosos, e entre eles e a Diretoria da instituição, bem como as estratégias de mobilização grupal dos idosos frente às relações de poder, tanto internas (da instituição), quanto externas (da sociedade);
- Verificar como são realizados os processos de produção da identidade Grupal, expressões dos vínculos e da afetividade; e o desenvolvimento do processo grupal na instituição;
- Verificar o nível de independência dos idosos moradores;
- Analisar o funcionamento cotidiano da instituição, o atendimento prestado aos idosos em seu dia-a-dia.

CAPÍTULO 5 - MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada com métodos qualitativos na perspectiva da Psicologia Social. A Psicologia Social, utilizando-se das contribuições do materialismo histórico e da lógica dialética procura entender e analisar o indivíduo contextualizado nas suas relações sociais, levando em consideração os contextos históricos e culturais, superando assim a visão positivista de que é possível encontrar leis universais que regem o comportamento humano, bem como a possibilidade de realizar pesquisas de forma neutra.

Conseqüentemente, quando realizamos uma pesquisa qualitativa em Psicologia Social possuímos uma visão diferenciada de homem, nesta perspectiva entendemos o homem como um sujeito histórico-social. Carone (1984), chama a nossa atenção para o movimento dialético que determina o homem, no qual *a materialidade histórica é produzida pelos homens e ao mesmo tempo os produz.*

O materialismo dialético propõe a ciência como um conhecimento relativizado, como produção histórica. Assim, o fato específico e suas implicações são o objeto do conhecimento científico. A partir do empírico se recupera o processo histórico, que nos leva a análises mais profundas e a possibilidade de conhecer o indivíduo em sua totalidade. A ciência é uma obra humana e, logo, impossível de ser realizada de forma neutra como dizem os positivistas, ela própria é determinada pelos processos sociais. Nos dizeres de Lane (1984, p.45):

A ciência como produto histórico também se relativiza como produção humana e, portanto, perde sua condição de “neutra”, pois é sempre fruto de homens situados social e historicamente que determinam o prisma pelo qual os fatos são enfocados.

Nesta perspectiva da ciência como socialmente circunstanciada entendemos ser impossível apreender “a verdade” dos fatos, ou apreender um real externamente localizado. Quando nos propomos objetivar uma pesquisa qualitativa buscamos principalmente alcançar a compreensão dos significados que os fenômenos representam para os sujeitos da pesquisa. Nos dizeres de Turato (2005): *o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas.*

Como pressupostos teórico-metodológicos a presente pesquisa utilizou a Pesquisa Participante e a Análise Institucional. Esses pressupostos são norteadores de uma ação que garante um envolvimento com o objeto de pesquisa, um maior envolvimento com a comunidade, uma vez que considera a interação entre o

pesquisador e o pesquisado como instrumento de intervenção e investigação. Deste modo a *Pesquisa Participante é aquela em que o pesquisador é, ele mesmo, um dos dados pesquisados*, (Santos, 2000). Além disso, o pesquisador realiza uma imersão no mundo do sujeito pesquisado, vivenciando seu cotidiano em busca dos sentidos da ação dos atores sociais, sentidos ocultos e até mesmo contradições. Tanto o pesquisado, quanto o pesquisador assumem posturas diferenciadas. Os pesquisados são reconhecidos enquanto sujeitos de conhecimento, ou seja, os portadores dos sentidos das práticas adequadas para intervir nos problemas. Eles são ativos, e o que se busca é levá-los pela reflexão coletiva ao conhecimento crítico. E o pesquisador também assume uma postura diferenciada, que ao contrário da perspectiva positivista que busca um distanciamento entre pesquisador-pesquisado, propõe uma ação engajada com os problemas da população estudada, como afirma Mazzotti (2004, p.82):

o pesquisador deve manter uma conduta participante: a partilha substantiva na vida e nos problemas das pessoas, o compromisso que vai se adesando na medida em que são identificados os problemas e as necessidades e formuladas as estratégias de superação dessas necessidades ou resolvidos os obstáculos que interferiam na ação dos sujeitos.

A Análise Institucional se faz imprescindível, pois busca abordar o grupo na relação instituinte-instituído, e considera a instituição como local de produção das contradições sociais. Lapassade (1977), afirma que *a origem e o sentido do que se passa nos grupos humanos não deve ser buscado apenas no que aparece no nível visível do que se chama dinâmica de grupo. Nesses grupos... há uma dimensão oculta não analisada e, portanto, determinante: a dimensão institucional.*

A demarcação teórica da pesquisa é a Psicologia Social, porém, sem cair em uma visão positivista, serão utilizadas contribuições quantitativas para apoiar a avaliação da categoria de análise Qualidade de Vida. Portanto, confirmamos aqui a assertiva de que é o método que deve se adequar ao problema e não o contrário. Sobre esse embate entre processos *quali* e *quanti* Demo (1998), afirma:

Já não cabe combater a quantidade, porque é parte constituinte de qualquer qualidade, e vive-versa. Dito de outra forma, toda qualidade, por mais volátil que seja, admite alguma formalização, e é isso que a ciência poderá oferecer de útil.

Deste modo, o presente estudo utilizará dados quantitativos, que serão coletados através da aplicação do Teste WHOQOL-*bref* da OMS. A utilização do teste justifica-se pela própria característica do tema a ser pesquisado, o processo de envelhecimento, como dito anteriormente, possui diversas dimensões, impossíveis de serem ignoradas, sendo necessária para a realização deste estudo uma visão interdisciplinar. Assim, a aplicação da escala de Qualidade de Vida serve como contraponto, uma triangulação de dados. Mazzotti (2004), ressalta que o processo de triangulação é importante para aumentar a credibilidade de uma pesquisa.

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso sobre a Vila da Conferência Nossa Senhora das Graças – SSVP, da cidade de Varginha/MG, que foi escolhida por possuir características peculiares, uma vez que busca manter a liberdade dos idosos que nela residem. Os idosos que moram nesta Vila vivem de forma bastante diferente dos que necessitam morar em uma Instituição de Longa Permanência. De acordo com a definição de Mazzotti (2006), esta pesquisa se insere dentro de duas finalidades. Este estudo de caso é um caso intrínseco, uma vez que ele é interessante em si, pelas suas particularidades. Ele também se caracteriza como um estudo de caso instrumental, pois ao estudá-lo espera-se que o estudo facilite a compreensão de algo mais amplo.

Portanto, pretende-se investigar como vivem os idosos que residem em uma Vila da SSVP que possui características bastante distintas das típicas Instituições de Longa Permanência.

5.1 Campo de Pesquisa

A definição do campo de estudo desta pesquisa parte das contribuições de Spink (2003), que estudou a evolução da idéia de estudo de campo em Psicologia Social desde a Escola de Chicago (1930), passando por Kurt Lewin (1952) até chegar a Bourdieu. O desenvolvimento da definição de campo vai desde a idéia inicial de campo como sendo o “habitat natural”; em seguida o campo passa a ser a totalidade dos fatos psicológicos; e atualmente a definição de campo sendo a situação atual de um assunto, ou seja, não é campo que possui um assunto, mas é o assunto que possui um campo.

O conceito de campo utilizado então deixa de ser aquele restrito ao local de estudo geograficamente localizado e passa a se constituir como campo-tema que abrange todos os objetos, ou idéias, que constituem o campo de estudos (Spink, 2003). Assim, o presente

campo de estudos não se restringe apenas à Vila estudada, mas inclui os temas interligados e que possuem conexão com o objeto de estudo, indo além do espaço geográfico restrito.

O campo-tema é um espaço que deve ser criado, negociado e sempre redefinido; é circunstanciado no tempo e lugar. Neste sentido o autor nos diz *o campo, portanto, é o argumento no qual estamos inseridos; argumento este que têm múltiplas faces e materialidades, que acontece em muitos lugares diferentes* (Spink, 2003, p. 28).

O campo é o método e não o lugar, é a apreensão de sentidos cotidianos dos sujeitos. O campo não é um local onde ele pode ser visto, ele é do tema, nos dizeres de Spink (2003, p. 36) *são redes de causalidade intersubjetiva*, ou seja, são conexões de sentidos, de diversas fontes, de diversos tempos e lugares, são artefatos de materialidades espalhados.

Deste modo, já nos encontramos mergulhados no campo-tema, uma vez que o tempo todo entramos em contato com os artefatos que dizem algo sobre o tema. Não há essa idéia de “ir a campo”, uma vez que o campo não é localizado.

Para melhor compreender o campo-tema da presente pesquisa é imprescindível o conhecimento dos sujeitos da pesquisa, do local onde residem e de seus determinantes. Portanto segue-se uma descrição da instituição que coordena a vila, que é a Sociedade São Vicente de Paulo, dos dados sócio-demográficos do Brasil e da cidade de Varginha onde se localiza a vila, e uma descrição parcial dos sujeitos moradores da vila.

5.1.1 Sociedade São Vicente de Paulo

A Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) foi fundada em Paris, França, no ano de 1833, por Antônio Frederico Ozanam e alguns jovens companheiros. Sensibilizados pelo sofrimento de pessoas carentes decidiram não só orar, como realizar obras de caridade. A Sociedade criada foi inspirada na obra de São Vicente de Paulo, adotando os princípios de justiça e caridade para aliviar o sofrimento do próximo.

No Brasil é uma organização do movimento católico para leigos. Seus trabalhos são voltados a obras de caridade com o intuito de:

Aliviar o sofrimento e promover a dignidade e a integridade do homem. A SSVP não somente procura mitigar a miséria, mas também descobrir e remediar as situações que a geram, assim, busca o desenvolvimento do sujeito para que ele desenvolva condições de mudar sua própria vida, de se tornar independente. Leva sua ajuda a quantos dela precisam, independentemente de raça, cor,

nacionalidade, credo político ou religioso e posição social: daí a existência das chamadas Obras Unidas (asilos, creches, hospitais, etc.) (Regra, 2007).

A Sociedade São Vicente de Paulo é uma sociedade Cristã e estabelece relações ecumênicas, reconhece a hierarquia da Igreja Católica, no entanto é uma sociedade autônoma, com regras e funcionamento próprio.

Hoje a SSVP é legalmente reconhecida como uma “Confederação Internacional de Direito Francês” com sede em Paris, composta por pessoas jurídicas, ou seja, os Conselhos espalhados pelo mundo (Regra, 2007).

Os membros da SSVP são os vicentinos, chamados de confrades (homens) e consocias (mulheres). A Sociedade São Vicente de Paula possui um Conselho Geral Internacional em Paris, na França, que coordena os trabalhos do mundo todo. Em nível nacional há o Conselho Nacional, no Brasil a sede é no Rio de Janeiro, RJ. Em âmbito regional há os Conselhos Metropolitanos. Os conselhos Centrais são os órgãos executivos de determinada circunscrição. No âmbito local existem os Conselhos Particulares, os quais unem as Conferências, que são os grupos que coordenam os trabalhos e se reúnem com certa frequência.

As conferências são formadas por grupos de no máximo 15 pessoas e seu funcionamento é o seguinte: reuniões semanais, nas quais os vicentinos relatam as visitas, lêem as atas da reunião anterior e oram. O presidente da Conferência designa toda semana a cada um de seus membros qual (ou quais) família (s) deverão visitar até a próxima reunião. Esses vão até o lar de cada assistido conversam com as famílias, e, principalmente, *ouvem, fazem um momento de oração com os mesmos, havendo sempre a preocupação de não deixar que as famílias percam sua fé em Deus, apesar das dificuldades passageiras* (Regra, 2007). Durante as visitas também são verificadas as necessidades materiais das famílias, afim de que sejam discutidas e buscadas soluções na próxima reunião da Conferência. Os vicentinos procuram dar apoio material e, principalmente, apoio espiritual às famílias. As visitas às famílias assistidas são baseadas nos princípios de disponibilidade, humildade, simplicidade, zelo, afeto e espiritualidade.

A finalidade da SSVP é *promover a santificação de seus membros por meio da prática da caridade (vivência real do evangelho)*. Os vicentinos buscam a promoção integral do indivíduo, tanto no nível material quando espiritual.

Os princípios básicos que orientam a Sociedade São Vicente de Paulo são: Recordação das fontes e manutenção das raízes de Frederico Ozanam; A Vocação Vicentina, que é a angústia sentida frente à miséria do outro, propõe-se a ajudar ao

próximo sem ser paternalista; O Engajamento Vicentino é livre, porém requer uma conduta condizente com a Regra Vicentina; A Sociedade de São Vicente de Paulo tem como característica essencial a fraternidade; composta por leigos cristãos, de espírito jovem (assim com seu fundador), é uma sociedade universal, que busca unidade na diversidade, é sociedade ecumênica; e finalmente, os últimos princípios são: a Caridade, Pobreza e Apostolado.

A SSVP possui sua Regra (regulamento) mundial para todos que dela participam. A Regra Vicentina compreende as normas que buscam regular o trabalho vicentino em todo o mundo, para que todas as Conferências realizem um trabalho coerente com o fundado por Frederico Ozanam. A primeira Regra Vicentina foi promulgada em 1835, mas em 1962 os Vicentinos já vislumbravam a necessidade de se revisar a Regra, então, em 1967, na reunião em Paris, foi decidido elaborar um anteprojeto de Regra, que culminou em 1968 em uma “Regra Provisória”, que vigorou até o ano de 1973. Em 2004 no Brasil foram feitas mudanças na Regra Brasileira a fim de se adequar às exigências legais do país.

Apesar da existência da Regra a SSVP é aberta à mudança e à criatividade, sendo assim, o atendimento em uma “Obra Unida” pode variar entre as diferentes Conferências. Em sua Regra (2007), declaram que o Terceiro Setor é um lugar privilegiado para a ação voluntária, uma vez que este é propício para a inovação; para influenciar políticas públicas; apoiar minorias; promover parcerias; ajudar outros países; promover cidadania participativa e altruísmo.

A SSVP é seguramente a detentora da maior rede de Instituições de Longa Permanência do país. Assim a Nova Regra Brasileira busca reorganizar as ações, a fim de que se melhore a qualidade dos serviços prestados, que eles se tornem mais profissionais e os recursos financeiros sejam melhor distribuídos.

A entidade está presente em 135 países, com um número aproximado de 500.000 membros. Segundo a própria SSVP do Brasil, este é o maior país vicentino do mundo: são 20.000 Conferências, 1754 Conselhos Particulares, 272 Conselhos Centrais, 30 Conselhos Metropolitanos e 2.000 Obras Unidas, coordenados pelo Conselho Nacional do Brasil. São 250.000 membros.

Na cidade de Varginha existem ao todo 15 conferências em diversos bairros da cidade. A Sociedade São Vicente de Paulo é responsável pelo Asilo da cidade e também pela Vila Vicentina da Conferência Nossa Senhora das Graças.

5.1.2 Perfil Dos Idosos No Brasil

Segundo a OMS a população idosa é aquela acima de 60 anos para países em desenvolvimento, e acima de 65 anos para os idosos residentes em países já desenvolvidos.

De acordo com a publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] sobre o “Perfil dos Idosos Responsáveis Pelos Domicílios no Brasil” (2000), as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa no país poderá exceder 30 milhões de pessoas, dado que representa 13% do total populacional.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, a população de idosos no mundo em 1950 era de 204 milhões, passando para 579 milhões em 1998, e as projeções indicam que em 2050 a população idosa alcançará 1.900 milhão de pessoas. Esse crescimento pode ser explicado pelas mudanças nas características populacionais, como aumento da expectativa de vida ao nascer em 19 anos; queda na taxa de natalidade. Esse fenômeno é chamado de Envelhecimento Populacional, pois há uma diminuição do peso da população jovem em relação às outras (Camarano *et al.*, 1999).

Camarano *et al.* (1999), atesta que o aumento da longevidade no século XX é uma conquista social. Em momentos anteriores na história da humanidade apenas uma em cada 10 pessoas chegaria aos 65 anos de idade, os dados de 1999 já mostram que 8 em cada 10 pessoas atingem esta marca nos países desenvolvidos. No Brasil a taxa da época era de que 6 em cada 10 homens e 7 em cada 10 mulheres chegassem aos 65 anos de idade.

A população idosa no Brasil em 1991 era de 10.722.705, o que representa 7,3% da população. No censo do ano 2000 o número de idosos com 60 anos ou mais passou para 14.536.029, representando 8,6% da população. O grupo etário que mais cresceu foi o dos idosos com 75 anos ou mais, com um aumento de 49,3%.

Os dados mostram que as capitais com melhores condições de vida, o Rio de Janeiro e Porto Alegre apresentam os índices mais altos com, respectivamente, 12,8% e 11,8% de proporção de população idosa; já as capitais do norte do país possuem os índices mais baixos, Boa Vista e Palmas com 3,8% e 2,7%, respectivamente.

A distribuição da população idosa entre urbana e rural também tem sofrido alterações. No ano de 1991 a população idosa residente em zona rural era de 23,3% e a população na zona urbana era de 76,7%. No censo do ano 2000 foi constatada uma diminuição da população residente na zona rural, caindo para 18,6%, e a população idosa residente na zona urbana passou a ser 81,4%. Tal dado corrobora o processo de

urbanização crescente que vem ocorrendo de forma geral no Brasil, tendência que deve continuar ao longo dos próximos anos.

A pesquisa demonstrou um dado considerável de que a população idosa ocupa um papel de destaque na organização da família brasileira, uma vez que em 2000 observou-se que 62,4% dos idosos eram os principais responsáveis pelos domicílios brasileiros. Vale resaltar que 44% dos idosos responsáveis pelo domicílio ganham apenas 1 salário mínimo; 15,6% recebem mais de 1 a 2; 7,7% mais de 2 a 3; 9,3% mais de 3 a 5; 18,8% mais de 5.

Com relação aos anos de estudo, os dados mostram que 45,0% dos idosos são sem instrução ou estudaram até 1 ano; 21,3% estudaram de 1 a 3 anos; 19,4% dos idosos estudaram até 4 anos; 2,4% estudaram de 5 a 7 anos; 4,3 anos estudaram de 8 a 10 anos; 4,4% estudaram de 11 a 14 anos; e 3,1 estudaram 15 anos ou mais.

Um fenômeno relevante é a feminilização da população idosa. Em 1991 a razão era de 100 mulheres para 85,2 homens, ou seja, as mulheres representavam 54% da população. Em 2000 a população idosa feminina passou a representar 55,1%, então para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. Esse fato justifica-se por diversos motivos, Silva (2007), considera como responsáveis pela feminilização da população idosa: maior cuidado das mulheres em se expor à situações de risco no trabalho; diferenças no consumo de tabaco e álcool; maior atenção à saúde, cuidados, adesão ao tratamento e prevenção do que os homens e queda na mortalidade materna. Este fenômeno da feminilização da população idosa não é privilegio nosso, é recorrente também em outros países, principalmente nos países desenvolvidos.

5.1.3 Perfil dos Idosos na Cidade de Varginha

A população idosa da cidade de Varginha é de 8776, um total que representa 8,06% da população (IBGE, 2000), sendo 2043 com mais de 75 anos. Desse contingente populacional, 8438 residem na zona urbana, assim como a tendência nacional de urbanização. Pode-se constatar, também, na cidade o fenômeno da feminilização da população idosa, similar ao que ocorre no país, uma vez que as mulheres representam 56,06% do total de idosos.

Em Varginha 5356 idosos são responsáveis pela manutenção do domicílio, dentre estes responsáveis, 3328 são do sexo masculino e 2028 do sexo feminino, representando, respectivamente, 62,1% e 37,9% dos responsáveis pelo domicílio.

A população idosa responsável pelo domicílio que possui rendimentos de até 1 salário mínimo é a maior, representando 34,38% do total, 17,25% recebem de mais de 1 a 2 salários mínimos, 10,12% recebem mais de 2 a 3 salários mínimos, 12,08 recebem mais de 3 a cinco salários mínimos, 22,62% recebem mais de 5 salários mínimos e 3,55% não possuem renda. Esses dados mostram uma média de renda ligeiramente superior à nacional.

Do total de idosos da cidade de Varginha responsáveis pelo domicílio, 16,02% residem em domicílios unipessoais, e 59,04% residem na mesma casa que os filhos, sendo a maior porcentagem de filhos acima de 18 anos, 55,81%.

Apesar da população idosa da cidade de Varginha possuir poucos anos de estudo ela supera a média nacional, uma vez que 24,31% da população idosa possui 1 ano ou menos, 23,98% possui de 1 a 3 anos, 26,72% possui até 4 anos, 4,80% possui de 5 a 7 anos, 6,69% possui de 8 a 10 anos, 8,25% possui de 11 a 14 anos e 5,33% possui mais de 15 anos de estudo. A média total de anos de estudos dos idosos responsáveis pelos domicílios é de 4,2 anos, a população masculina possui uma média de 4,5 anos de estudo e a população feminina possui uma média de 3,6 anos de estudo.

Os domicílios sob responsabilidade dos idosos foram classificados por condições de saneamento. Em um total de 5356 domicílios, 5033 foram considerados adequados, 130 semi-adequados e 204 inadequados. Assim, enquanto a média nacional de domicílios considerados adequados foi de 45,1% a cidade de Varginha atingiu 93,97%; os domicílios considerados semi-adequados foram respectivamente 26,2% e 2,43%; e os domicílios considerados inadequados foram 28,07% e 3,81%. É possível perceber que os resultados da cidade de Varginha são expressivamente melhores do que a média nacional.

5.1.4 Sujeitos da pesquisa

A Vila da Conferência Nossa Senhora das Graças, localizada na cidade de Varginha/MG, é composta por 15 casas, sendo cada casa destinada à morada de 1 idoso. Elas possuem 1 banheiro, 1 quarto e 1 cozinha. As casas formam uma vila que no centro possui um jardim e uma horta comunitária. A Vila também possui uma lavanderia comunitária, uma cozinha comunitária para dias de festas, uma capela e uma sala de reuniões.

Os sujeitos da pesquisa são os idosos moradores da Vila da Conferência Nossa Senhora das Graças. Das quinze casas individuais, atualmente treze estão ocupadas por

moradores idosos. Nestas casas não podem residir famílias, somente idosos que moram sozinhos (viúvos, solteiros, separados). As quinze casas formam uma vila, com um portão de entrada para a rua.

A Sociedade São Vicente de Paulo, proprietária das casas, é que seleciona os possíveis moradores. Nenhum valor é cobrado dos moradores das casas. Eles apenas pagam a conta de energia elétrica; as contas de água são subsidiadas pela Prefeitura Municipal de Varginha. As despesas pessoais são pagas pelos próprios idosos e, em caso de necessidade (remédios, gás, dinheiro), a SSVP arrecada recursos com a comunidade para auxiliar os idosos.

A Sociedade São Vicente de Paulo é que determina as regras e seleciona os idosos para morarem nas casas. Antes do ingresso do idoso na Vila é feita uma sindicância pelos membros da SSVP, para verificar se seu perfil atende às regras de admissão. Nesta sindicância são entrevistados os membros da família, vizinhos e conhecidos do idoso. As regras para ser admitido na Vila são:

- não poder arcar com custos de aluguel;
- não possuir casa própria;
- não poder morar com filhos;
- ser viúvo ou solteiro;
- ser morador da cidade de Varginha;
- ser idoso;
- não possuir doença que prejudique sua autonomia;
- poder realizar atividades diárias de auto-cuidado;
- possuir bons antecedentes;
- não possuir problemas com álcool.

A presente pesquisa configura-se como um estudo de caso. Para tanto, todos os sujeitos residentes na Vila estavam compreendidos no estudo, exceto os que atendiam aos critérios de exclusão.

Para efeito de inclusão de sujeitos na presente pesquisa foram utilizados os seguintes critérios:

- a) ser idoso;
- b) ser morador da Vila da Conferência Nossa Senhora das Graças;

Os critérios de exclusão para participação na presente pesquisa são:

- a) apresentar problemas mentais que sejam incapacitantes para compreensão das perguntas do questionário;

- b) apresentar problemas físicos que sejam incapacitantes para compreensão das perguntas do questionário.

5.2 Coleta de Dados

5.2.1 Observação participante

Em consonância com a Pesquisa Participante foi realizada para a coleta de dados a Observação Participante dos sujeitos da pesquisa em suas atividades cotidianas para que se pudesse realizar uma análise mais pormenorizada do grupo em questão. A observação participante pressupõe um envolvimento multilateral com os sujeitos investigados e uma imersão mais profunda em seu universo, para que se possa conhecer efetivamente seu cotidiano.

A observação participante nos possibilita uma inserção densa nas práticas e representações dos sujeitos que participam de determinado grupo. Com este método de pesquisa há uma maior aproximação do pesquisador com o objeto a ser estudado, o que possibilita que ele possa melhor entendê-lo e conseqüentemente analisá-lo. Como nos complementa Proença (2008, p.16):

Havendo maior proximidade do contexto ou ambiente do grupo a ser investigado, o pesquisador poderá então efetuar interpretações sobre o seu objeto de estudo com maior correspondência ao modo como os próprios integrantes vivenciam sua crença.

Quanto maior for o tempo pelo qual o pesquisador mantiver contato com o grupo, mais adequada será a interpretação realizada, pois ele terá maior familiaridade com a linguagem e a situação social vivenciada. A questão do tempo também influi na receptividade dos membros do grupo, uma vez que possuirão maior intimidade com o pesquisador. A observação participante também é importante por nos possibilitar conhecer o lugar onde ocorrem as interações, as quais certamente influenciam na compreensão do contexto social. Através desta ferramenta de pesquisa podemos compreender as circunstâncias dos acontecimentos, pois a partir dela temos acesso ao universo cultural do grupo em questão. A observação participante também nos permite conhecer os “ritos” dos grupos, seus significados e sentidos. Também nos permite apreender os *habitus*, as

operações da construção da realidade social (Bourdieu, como citado em Proença, 2008), que são as estruturas interiorizadas, que fazem parte da organização do grupo.

5.2.2 Diário de campo

As observações realizadas para coleta de dados foram registradas na íntegra, imediatamente após seu término, em Diário de Campo, para que pudessem ser revisitadas ao longo de todo o percurso da pesquisa servindo como objeto de análise. O diário de campo é uma ferramenta importada da etnografia, que teve Malinowski como seu criador.

O diferencial do diário de campo entre os outros métodos de coleta de dados, nos dizeres de Magnani (1996), é que:

Ao registrar, na linha dos relatos de viagem, o particular contexto em que os dados foram obtidos, permite captar uma informação que os documentos, as entrevistas, os dados censitários, a descrição de rituais, - obtidos por meio do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora, das transcrições - não transmitem.

No diário de campo registra-se tudo que se viu no “campo” de forma minuciosa, os eventos ocorridos no campo, a descrição dos acontecimentos, tudo que é percebido pelo pesquisador e mais, há um espaço, para qual deve haver uma demarcação distinta, para o registro de suas impressões, sentimentos suscitados, comentários e apreciações, que num primeiro momento podem ainda não fazer sentido, mas ao longo da pesquisa vão se concatenando e tomando forma.

5.2.3 Questionário

Foi aplicado um questionário sócio-demográfico (anexo 1) em todos os sujeitos da pesquisa a fim de caracterizar a população estudada. Este questionário possui um total de 52 perguntas fechadas com alternativas a serem escolhidas.

O questionário é dividido em três partes, a primeira parte compreende um questionário sócio-econômico com um total de 21 perguntas. As perguntas são relacionadas à idade, sexo, naturalidade, renda, local onde reside, número de filhos, grau de escolaridade, profissão.

A segunda parte compreende um questionário com perguntas sobre a saúde do idoso. São 21 questões que abordam a existência de problemas graves de saúde, doenças

crônicas, uso de medicamentos, prática de exercícios físicos, número, motivo e duração de hospitalizações, queixas mais frequentes, tipo de atendimento médico recebido, especialistas mais procurados e frequência da procura.

A última parte do questionário envolve as atividades da vida diária que os idosos realizam. São 10 questões que verificam quais são as atividades que realizam sozinhos, quais as atividades para as quais necessitam de ajuda de outro, frequência com que realizam atividades de socialização, quais atividades ocupam a maior parte do dia, se possuem religião, se frequentam cultos religiosos e com que frequência, e qual é a frequência com que oram sozinhos.

Todas as questões foram elaboradas com base em produções existentes na literatura sobre o tema estudado a fim de seja possível realizar comparações com outras pesquisas.

Devido às características da população estudada (dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo) este questionário não foi auto-aplicado, a pesquisadora leu as questões e alternativas para os sujeitos e realizou suas anotações.

5.2.4 Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref

A busca de um instrumento que avaliasse *qualidade de vida* dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico no qual foi elaborado o teste *World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100)*.

Na literatura ainda não há um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, porém, três aspectos do construto *qualidade de vida* foram selecionados: subjetividade; multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor).

De acordo com a OMS a definição de *qualidade de vida* é *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. Qualidade de Vida é um conceito multidimensional, que possui 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

O teste *WHOQOL-bref*, que foi utilizado neste estudo (anexo 2), é uma versão abreviada da versão longa brasileira WHOQOL-100. O teste possui 26 questões que estão formuladas para uma escala do tipo Likert, com uma escala de intensidade (*nada* -

extremamente), capacidade (*nada - completamente*), frequência (*nunca - sempre*) e avaliação (*muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom*). As 26 questões são divididas entre: duas questões gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países. As características psicométricas do *WHOQOL-bref* preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste, básicos em uma avaliação preliminar. O *WHOQOL-bref* é auto-aplicável, porém nesta pesquisa, devido às características da população idosa, optou-se pela entrevista direta.

O teste *WHOQOL-bref* será utilizado com o intuito de realizar uma triangulação com resultados encontrados nas entrevistas semi-estruturadas. Assim, serão comparados os resultados das entrevistas semi-estruturadas com os resultados quantitativos do teste *WHOQOL-bref*. Nesta senda, Minayo (2005 como citado em Brüggemann & Parpinelli, 2008), que afirma:

a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo produz a triangulação metodológica, que, numa relação entre opostos complementares, busca a aproximação do positivismo e do compreensivismo. Assim, a triangulação é uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre determinado tema, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada.

5.2.5 Entrevistas Semi-estruturadas

Foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas com todos os sujeitos da pesquisa. Foi utilizado um roteiro de entrevista (anexo 3), no qual as perguntas serviram como disparadores que convidaram o entrevistado a falar livremente sobre o tema, com suas palavras e com tempo para refletir sobre as questões.

O roteiro abarcou questões relativas ao dia-a-dia dos idosos na instituição, sua rotina, suas tarefas diárias. Também buscou apreender a percepção dos idosos sobre o local onde residem, como avaliam o atendimento prestado, as qualidades e os problemas enfrentados por residirem em tal local. As questões também procuraram desvendar qual é a percepção dos idosos quanto à sua própria qualidade de vida. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, logo após a sua realização, para serem analisadas posteriormente.

Assim como ressalta Duarte (2004), a utilização da entrevista justifica-se quando se pretende realizar um *mergulho em profundidade* no tema a ser pesquisado, ou seja, é um meio de descrever e compreender a lógica das relações do grupo a ser estudado. O uso das entrevistas é imprescindível quando se pretende compreender as práticas, crenças e valores de determinado grupo, não é um mero método de coleta de dados. A autora ainda nos acrescenta que a entrevista é um momento de troca, pois, ao coletar informações o entrevistador cria a possibilidade de o sujeito reelaborar suas significações sobre sua própria vida, sua história singular.

As entrevistas foram realizadas nas casas dos sujeitos, a fim de que este ambiente que lhes é familiar facilitasse sua expressão. Bosi (2003), compartilha desta perspectiva e afirma que na casa do depoente estamos mergulhados em uma atmosfera familiar e somos beneficiados pela sua hospitalidade, também estamos imersos em seu universo, o que faz emergir as lembranças com mais facilidade. A autora nos adverte do inconveniente de se realizar as entrevistas na casa do depoente, uma vez que podemos sofrer interferências dos familiares, porém, nesta pesquisa estamos livres deste inconveniente, pois os idosos residem sós.

5.3 Análise dos Dados

As categorias de análise utilizadas foram definidas na pesquisa anterior com Instituições de Longa Permanência. São elas: Afetividade, Identidade, Poder e Processo Grupal. Nesta pesquisa foi acrescentada a categoria Qualidade de Vida. Além das categorias de análise definidas *a priori* sabemos que durante a análise das entrevistas podem emergir novas categorias de análise.

Para a análise final dos dados foi realizada a Análise do Discurso, que segundo Lane (1984), faz-se imprescindível uma vez que *a análise da ideologia deve, necessariamente, considerar tanto o discurso onde são articuladas as representações, como as atividades desenvolvidas pelo indivíduo* (p.41). O discurso individual é produzido a partir da interação com o outro. É, portanto, portador de um nível ideológico, e de um nível de consciência; na análise deste discurso irão emergir as categorias que trarão os significados. Para realizar a análise é necessário confrontar o discurso e a ação.

A linguagem possui importância central na construção da vida social e não pode ser considerada neutra. Para os analistas do discurso todo discurso é uma prática social, sendo uma prática social o discurso também é circunstancial. Ao se realizar uma análise de

discurso é necessário manter as seguintes características: postura crítica quanto ao conhecimento dado; reconhecimento de que as formas de compreensão do mundo são histórica e culturalmente determinadas; e por fim, o conhecimento é socialmente construído (Gill, 2007).

O enfoque discursivo não se propõe a realizar uma mera busca de uma realidade subjacente a determinadas produções de linguagem, mas pretende apreender a realidade produzida pelo sujeito da pesquisa durante o inquérito. Esta postura reflete também no papel do pesquisador, ao se fazer uma análise de discurso o pesquisador é *ciente de que toda atividade de pesquisa é uma interferência do pesquisador em uma dada realidade*. Temos o pesquisador como um co-construtor de sentidos dos discursos produzidos pelos atores da pesquisa, diferentemente de enfoques com cunho positivista que pretendem acessar uma “verdade” externa ao sujeito, uma realidade dada *a priori* (Rocha & Deusdará, 2005).

Mais precisamente a análise do discurso aqui empregada seguirá a vertente da Análise Crítica do Discurso baseada nas idéias pós-estruturalistas de Michel Foucault (1979). O discurso é constitutivo da realidade, assim suas práticas podem ser definidas como práticas sociais produzidas através de relações de poder concretas. Tais relações de poder regulam as relações sociais, não apenas de modo negativo, são na maioria das vezes, práticas positivas na medida em que criam formas de saber. Nesta concepção são os discursos que permitem ou inibem a construção das relações de poder, eles também demonstram as posições dos sujeitos dentro das relações sociais. Os discursos dominantes legitimam as relações de poder. São difundidos a tal ponto que são tão difundidos que tornam-se senso comum. Mas também possuímos a possibilidade da emergência dos contra-discursos, que são formas de resistência ao discurso dominante. Na sua forma genealógica de estudo vemos como os discursos mudam e evoluem ao longo do tempo, bem como a ligação dos discursos com as práticas institucionais, estas ligadas a um poder que produz um saber (Nogueira, 2008).

As entrevistas foram analisadas por meio de análise temática, foram construídos eixos temáticos e a partir daí subeixos temáticos, as falas dos entrevistados foram cruzadas. Assim foi possível compreender a natureza e a lógica das relações estabelecidas no contexto, bem como a forma como os diferentes sujeitos percebem sua realidade (Duarte, 2004).

Bosi (2003) nota uma particularidade ao se analisar entrevistas realizadas com idosos que são os silêncios, as narrativas hesitantes. Portanto ao se realizar uma entrevista

com idosos não se deve ter pressa, nem preencher as pausas. Bosi ressalta que *a fala emotiva e fragmentada é portadora de significações que nos aproximam da verdade. Aprendemos a amar esse discurso tateante, suas pausas, suas franjas com fios perdidos quase irreparáveis.*

Os resultados das análises das entrevistas foram cruzados com as observações de campo e com os resultados do teste WHOQOL-bref, realizando-se assim uma triangulação dos dados.

5.4 Considerações Éticas

A realização desta pesquisa foi norteada pelos parâmetros éticos delineados pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Com relação aos aspectos éticos esta pesquisa garantiu aos sujeitos que dela participaram:

- a) o esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa e do seu desenvolvimento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando livre a sua participação ou desistência a qualquer momento, não implicando em ônus ao tratamento recebido na instituição;
- b) não sofreram desconforto, não sofreram danos, e os riscos relacionados à perda da confidencialidade dos dados possuíram medidas preventivas para que não ocorressem. Assim, os danos associados ou decorrentes da pesquisa (agravos imediatos ou tardios) foram controlados;
- c) os danos previstos foram controlados pela metodologia da pesquisa;
- d) os resultados desta pesquisa são relevantes para a população estudada e para a sociedade em geral, uma vez que ela visa a melhoria das condições de atendimento a idosos que residem em Instituições de Longa Permanência.

A presente pesquisa foi realizada com um grupo considerado vulnerável, uma vez que é uma população idosa e também porque vivem sob a guarda de uma instituição. A pesquisa justifica-se por não haver outro meio de se conhecer a realidade desta população, que possui diversas especificidades, no entanto, seus resultados serão de grande relevância para a população idosa, uma vez que se busca encontrar alternativas para melhoria da Qualidade de Vida destes sujeitos. É importante ressaltar, também, que todas as medidas

possíveis foram tomadas para que não houvesse nenhum tipo de ônus, risco ou dano aos idosos que aceitaram participar da pesquisa.

Os sujeitos estudados não apresentam sua capacidade de autodeterminação reduzida, possuindo capacidade civil para dar seu Consentimento Livre e Esclarecido representado de acordo com a legislação. A população selecionada para esta pesquisa goza de autonomia plena, sendo livre e capaz de compreender o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

A presente pesquisa não ofereceu desconforto aos sujeitos que dela participaram. A possibilidade de riscos (danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano) a que os sujeitos participantes estiveram sujeitos foram apenas os relacionados à perda da confidencialidade dos dados, no entanto foram adotadas medidas preventivas para que isto não ocorresse. Assim, os danos associados ou decorrentes da pesquisa (agravos imediatos ou tardios) estão controlados.

A proposta metodológica garante que não haverá maleficência, ou seja, os danos possíveis serão evitados. Com relação à confidencialidade, todos os dados obtidos, todas as entrevistas e questionários não contêm os nomes dos sujeitos, que serão identificados apenas por números. Todos os dados serão mantidos sob a guarda da pesquisadora, sendo confidenciais. Os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados somente para as finalidades descritas no protocolo de ética em pesquisa com seres humanos. Nos relatórios e na dissertação os sujeitos estão sendo identificados por iniciais, não sendo reveladas suas identidades. Não será acessível à instituição nenhum tipo de informação dada pelos sujeitos da pesquisa, nem a autoria das falas, para que estas não possam ser utilizadas, de alguma forma, contra os sujeitos. Portanto, com tais medidas preventivas, os sujeitos terão o sigilo, a confidencialidade dos dados, a privacidade e a imagem protegidos, não incorrendo em risco de estigmatização.

A pesquisadora comprometeu-se a interromper a pesquisa caso percebesse algum risco ou dano à saúde dos sujeitos participantes que não constasse no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Qualquer efeito adverso será comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ.

5.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Todos os sujeitos participantes da pesquisa, os idosos moradores da Vila da Conferência Nossa Senhora das Graças, foram informados sobre os objetivos da pesquisa,

seus procedimentos e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4). Assim, participaram desta pesquisa apenas os idosos que após a explicação do Consentimento Livre e Esclarecido, compreenderam os termos, assinaram e aceitaram participar. É livre a participação ou desistência a qualquer momento, não implicando em ônus em seu tratamento pela instituição. Os idosos que, mesmo após serem esclarecidos sobre a pesquisa e seus termos de participação, não quiserem dela participar não sofrerão nenhum prejuízo em seu atendimento pela instituição, ficando a participação por sua livre escolha.

Consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o objetivo da pesquisa, escrito em linguagem simples e acessível. Consta também no TCLE que os participantes da pesquisa não terão nenhum gasto com sua participação, e também não receberão nenhum valor para participarem dela.

O formulário do Consentimento Livre e Esclarecido é específico para esta pesquisa e foi entregue e explicado ao sujeito pela própria pesquisadora. O formulário foi apresentado no primeiro contato antes da entrevista, e apenas depois de compreendidos os termos e assinado o formulário foram realizadas as entrevistas e observações.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS

6.1 Análise do Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico tem por objetivo caracterizar a população estudada em três níveis, sócio-econômico, saúde e atividades da vida diária. Residem na instituição 12 sujeitos, dos quais 10 foram entrevistados. Dois sujeitos foram excluídos da pesquisa por se enquadrarem nos critérios de exclusão definidos neste estudo, ou seja, ser incapaz de compreender as perguntas do questionário por apresentar problemas mentais ou físicos. A aplicação do questionário foi feita pela pesquisadora, uma vez que a maior parte dos sujeitos da pesquisa não possuía condições de auto-aplicar o questionário, seja pelo fato de não saberem ler ou por problemas de visão ocasionados pela idade.

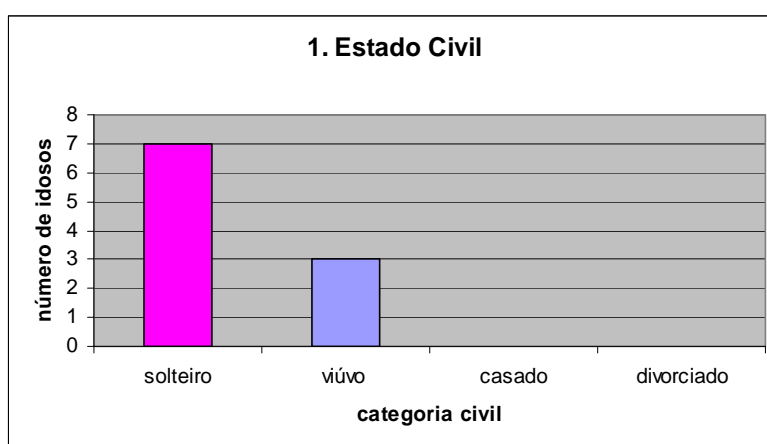
A primeira parte do questionário abrange o nível sócio-econômico e as características demográficas da população estudada. A análise do questionário demonstra que há uma homogeneidade entre os sujeitos residentes na instituição. Atualmente todos os residentes da instituição são do sexo feminino. O que confirma os dados da mortalidade diferencial por sexo, sendo que as mulheres possuem mais chance de envelhecer do que os homens. E ainda há outra característica da feminilização da velhice, de que quanto mais alto for o estrato etário estudado maior será a população feminina. Apesar de termos apenas dados aproximados sobre a população idosa institucionalizada no Brasil, sabemos que a maior parte delas, 57% é composta por mulheres (Camarano, 2006). Desta forma também observamos neste estudo que ser do gênero feminino é um fator que predispõe à institucionalização.

A média de idade é de 74 anos, sendo que 80% possuem mais que 70 anos de idade, e 40% possuem mais que 80 anos, ou seja, se enquadram no que a OMS denomina quarta idade. Estes dados corroboram com a assertiva de Camarano (2006) de há uma tendência no aumento da população com mais de 80 anos, o que irá modificar a própria composição dentro do grupo. A população idosa é um grupo que abrange uma faixa etária muito ampla, de aproximadamente 30 anos, que apresenta diferenças na própria trajetória da vida do sujeito, demandando assim, políticas públicas diversificadas.

Com relação à naturalidade, constatamos que apenas 20% são nascidos na cidade de Varginha, 60% em cidades circunvizinhas dentro do estado de Minas Gerais e os outros 20% são de outras regiões do país (norte e nordeste). No entanto, todos os sujeitos pesquisados residiam na própria cidade de Varginha antes de serem institucionalizados.

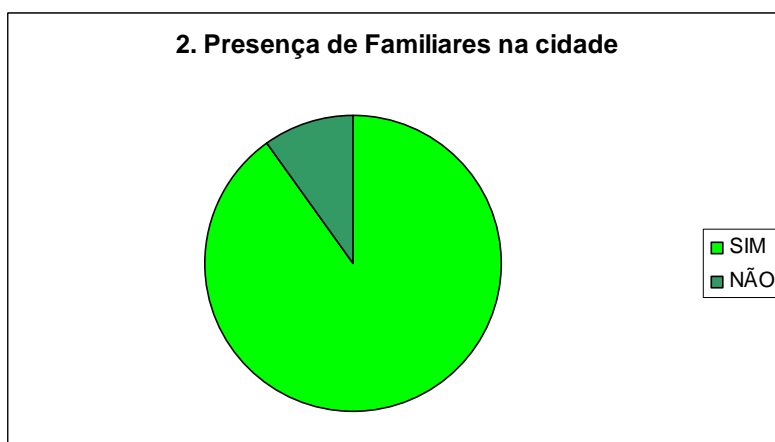
Sobre o estado civil das residentes percebemos uma predominância de mulheres solteiras, que representam 70% da população, os outros 30% são de mulheres viúvas. Como podemos observar no gráfico (gráfico 1) abaixo, não há sujeitos casados ou separados nesta população. Em seu estudo Camarano (2006) observou que no Brasil há uma maior proporção de mulheres solteiras, separadas, desquitadas/divorciadas em comparação com os homens, tanto pelo fato da maior longevidade das mulheres, quando pelo recasamento que é mais freqüente entre os homens. A autora também observou que a maior parte dos idosos institucionalizados, tanto homens quanto mulheres, eram solteiros.

Gráfico 1 – Estado Civil



Observamos também, que apesar de se encontrarem institucionalizados 90% dos sujeitos possuem família na cidade de Varginha (gráfico 2).

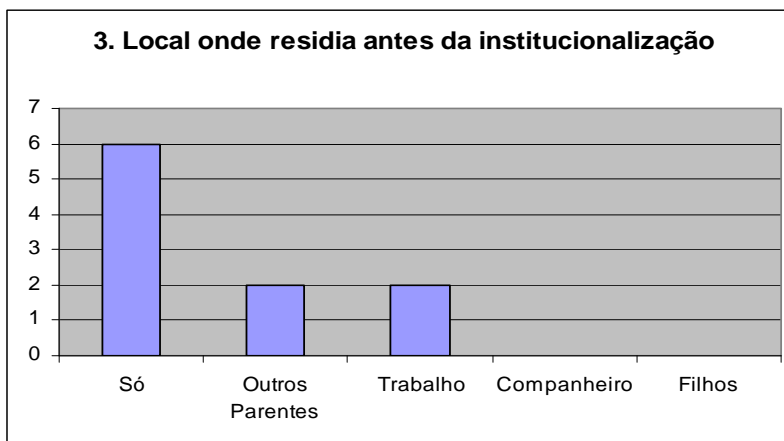
Gráfico 2 – Presença de familiares na cidade



Apesar de possuírem parentes na mesma cidade apenas 20% residiam com parentes, os outros 20% residiam no próprio lugar onde trabalhavam e a maioria, 60% residiam

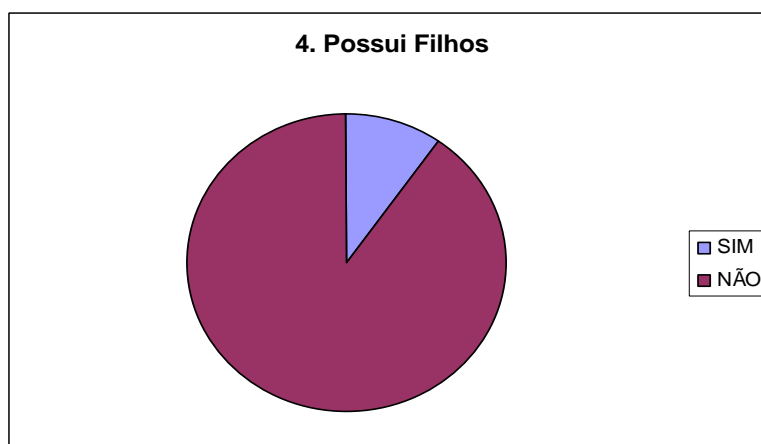
sozinhos antes de serem institucionalizados (gráfico 3). Camarano (2002) ressalta o crescimento da população idosa feminina que reside sozinha, em 1998 elas representavam 14% da população total dos idosos no país. Nenhum dos idosos entrevistados residia com companheiros ou filhos antes de serem institucionalizados.

Gráfico 3 – Local onde residia antes da institucionalização



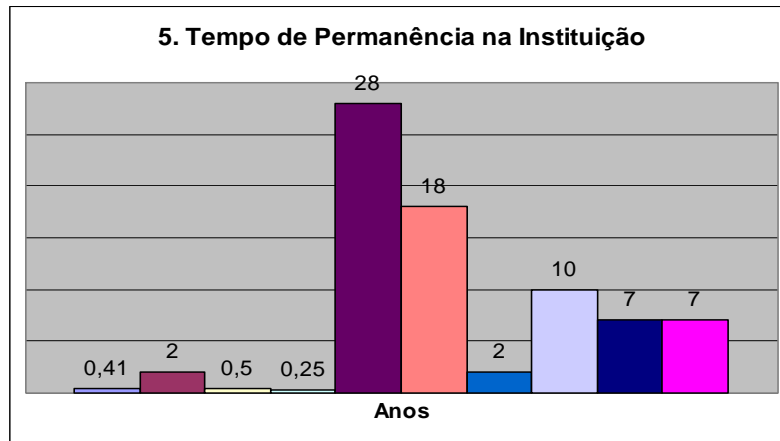
Dos idosos institucionalizados 90% das idosas residentes não possuem filhos (gráfico 4). Born e Boechat (2006), apontam a ausência de filhos com um fator de risco para institucionalização, dado que converge com os achados da presente pesquisa.

Gráfico 4 – Possui filhos



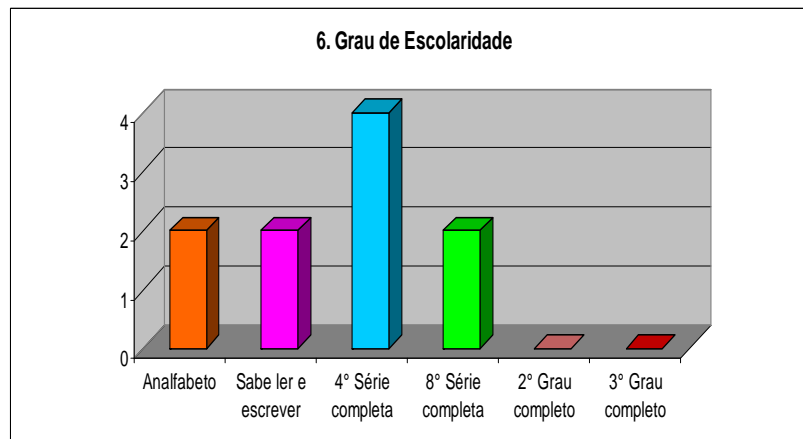
Com relação ao tempo de permanência na instituição, podemos perceber que há uma tendência a longa residência na instituição, sendo a morte ou presença de doenças incapacitantes os principais motivos de saída desta (gráfico 5). Em média os idosos residem cerca de 7,51 anos na instituição.

Gráfico 5 – Tempo de permanência na instituição



No item grau de escolaridade, observamos que a população da instituição apresenta dados semelhantes ao da população brasileira, que apresenta baixo nível de escolaridade entre a população idosa. Da população estudada 20% são analfabetos, 20% sabem apenas ler e escrever, ou seja, possuem um domínio instrumental da língua, 40% possuem 4º série completa e, apenas 20% possuem 8º série completa. Na amostra não há sujeitos com 2º grau completo ou 3º grau completo (gráfico 6).

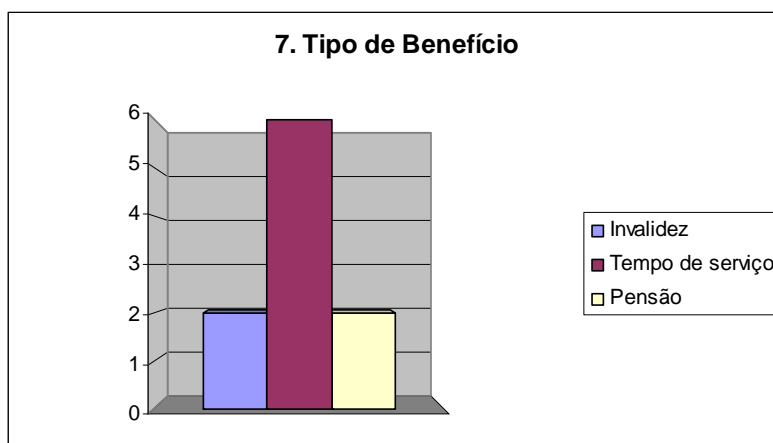
Gráfico 6 – Grau de Escolaridade



A totalidade dos sujeitos da pesquisa possui renda de 1 salário mínimo, sendo todos beneficiários da seguridade social (aposentadoria, pensão por morte e assistência social). Dos idosos entrevistados 60% recebem aposentadoria por tempo de serviço, 20% recebem pensão por morte do cônjuge e 20% recebem aposentadoria por invalidez (gráfico 7). Estes dados discordam dos encontrados por Camarano (2006), de que cerca de 83,9% das

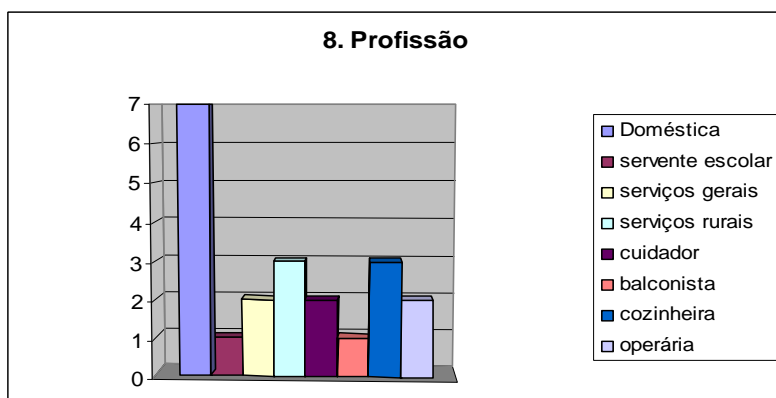
mulheres idosas no Brasil recebiam pensões por morte, essa diferença pode ser explicada pela composição da amostra desta pesquisa, na qual predominam mulheres solteiras, assim necessitaram entrar no mercado de trabalho para garantir seu próprio sustento. A média de idade com que se aposentaram é de 57,8 anos, sendo que a maior parte se aposentou com 60 anos de idade e apenas os 20% da população que se aposentaram por invalidez o fizeram antes dos 60 anos de idade.

Gráfico 7 – Tipo de benefício



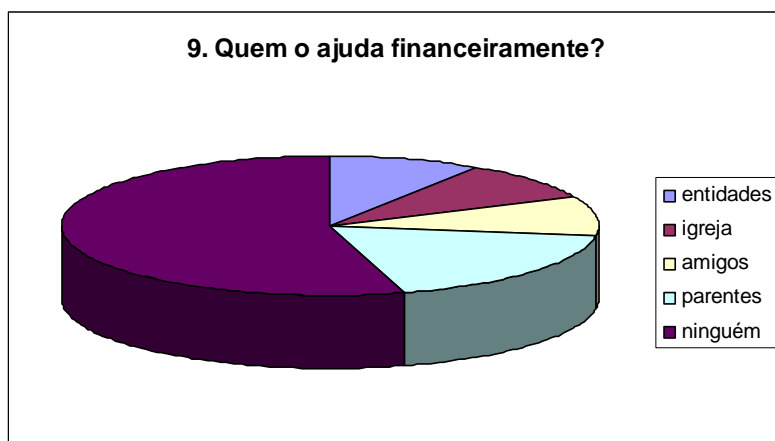
Como pudemos perceber na análise de dados anterior há uma baixa escolaridade na população estudada o que pode justificar as profissões ocupadas pelas idosas da pesquisa. Durante suas vidas a maior parte das idosas se dedicou à tarefas domésticas tais como cuidadoras de idosos, babás, faxineiras, cozinheiras e domésticas. Quando realizaram outros tipos de atividades em empresas seguiram a mesma linha como servente escolar, auxiliar de serviços gerais. E em menor escala realizaram trabalhos em indústria como operárias, no comércio como balconistas e na zona rural como serviços rurais (gráfico 8).

Gráfico 8 – Profissão



Apesar da baixa renda das idosas residentes na vila 90% afirmaram que conseguem se manter financeiramente sozinhas, o que pode ser explicado pelo fato de terem poucos gastos dentro da instituição, ficando o benefício apenas para as despesas pessoais. Apenas um sujeito afirmou não conseguir se manter financeiramente sem a ajuda de outros, o que se explica pelo fato de ser dependente de muitos medicamentos. Embora a maior parte das idosas afirmem conseguir se manter sozinhas, 40% afirmam receber ajuda de outras pessoas, sendo que destes 20% recebe ajuda de parentes, 10% da igreja, 10% de outras entidades e 10% de amigos (gráfico 9).

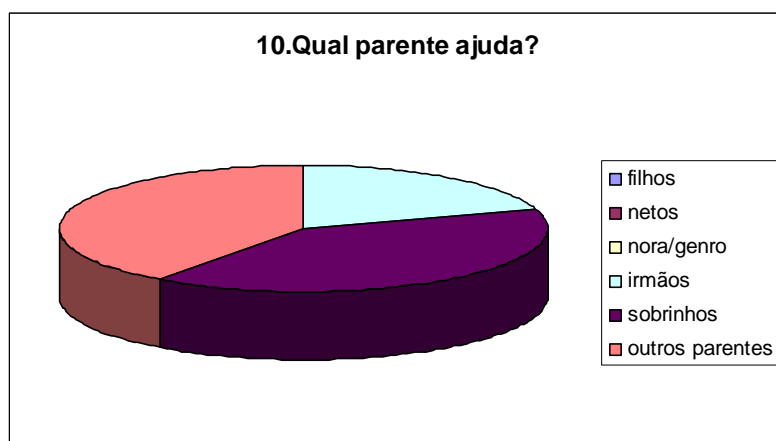
Gráfico 9 – Quem o ajuda financeiramente



Observamos também que 30% das idosas, apesar de receberem apenas 1 salário mínimo, ou seja, R\$ 465,00⁴, ajudam financeiramente outras pessoas, em sua maioria sobrinhos (40%), outros parentes (40%) e irmãos (20%), como podemos observar no gráfico 10.

⁴ Salário mínimo vigente no ano de 2009, estabelecido pela LEI N° 11.944, DE 28 DE MAIO DE 2009.

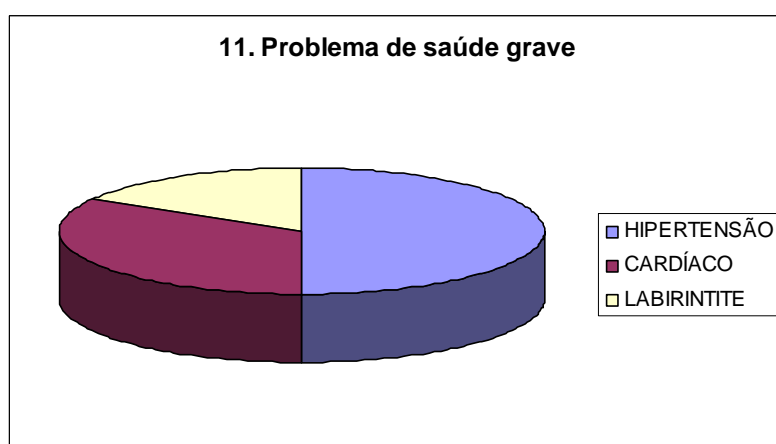
Gráfico 10 – Qual parente o idoso ajuda financeiramente



Podemos perceber que as idosas da Vila Vicentina possuem os principais fatores de risco que levam à institucionalização (exceto os problemas de saúde que as impediriam de viver de forma independente na instituição) que segundo Born e Boechat (2006) são: *síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoio social) e pobreza.*

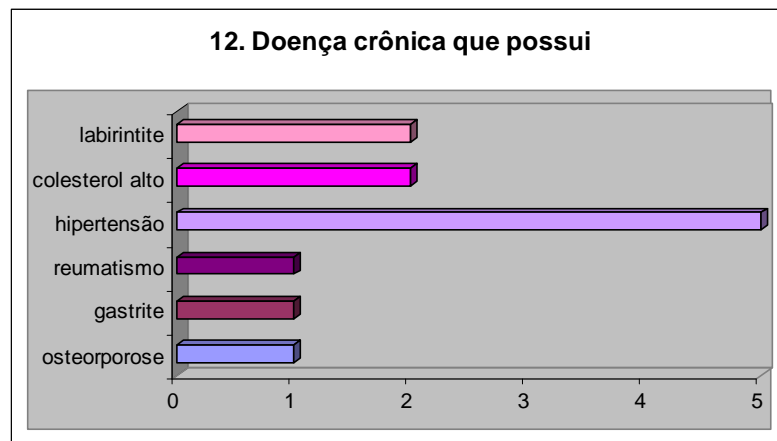
A segunda parte do questionário consiste em questões referentes à saúde das idosas residentes na vila. Quando questionadas se possuíam algum problema grave de saúde 50% das idosas responderam afirmativamente, sendo as principais queixas 50% hipertensão, 33% problemas cardíacos e 17% labirintite (gráfico 11).

Gráfico 11 – Problema grave de saúde



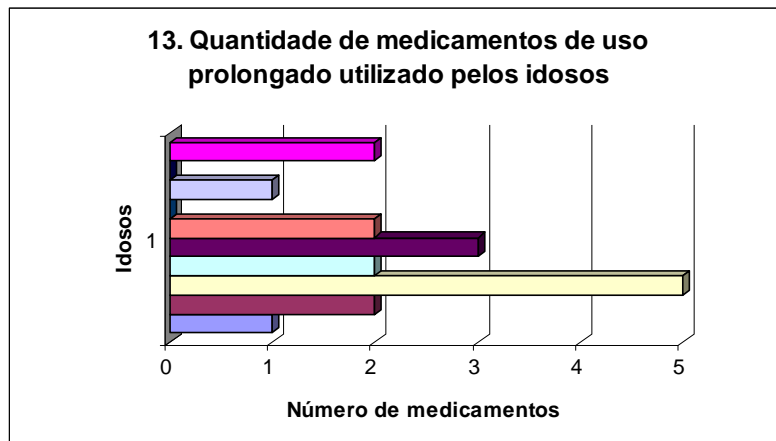
Com o aumento da expectativa de vida da população idosa aumenta também a incidência de doenças crônicas, que mais do que apresentar um risco de morte para os idosos são uma ameaça à autonomia e independência (Camarano, 2002). De acordo com Mendonça (2006), *estudos com base populacional têm demonstrado que, em nosso país, a maioria dos idosos (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15%, pelo menos cinco*. A análise do questionário aponta a prevalência de 60% de doenças crônicas entre as idosas entrevistadas. E novamente a hipertensão com 42% é a maior queixa, seguida de colesterol alto 17%, labirintite 17%, osteoporose 8%, gastrite 8% e reumatismo 8% (gráfico 12).

Gráfico 12 – Doença crônica que possui



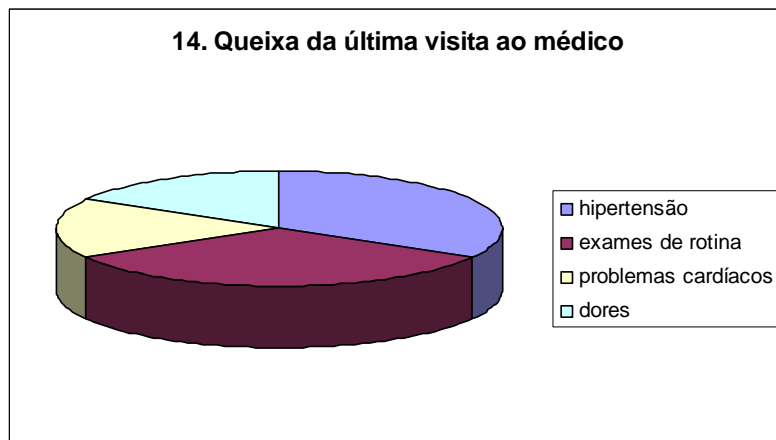
A proporção de idosas que utilizam medicamentos de uso prolongado é alta, 80% delas afirmaram tomar pelo menos 1 medicamento regularmente. Foi observada a utilização de no mínimo 2 medicamentos de uso prolongado em 60% dos sujeitos da pesquisa e apenas 20% não utiliza medicamentos de uso regular como pode ser observado no gráfico 13. Também pudemos observar através de relatos das idosas a grande presença de automedicação, fato que pode elevar o consumo de medicamentos para além dos dados coletados.

Gráfico 13 - Quantidade de medicamentos de uso prolongado utilizado pelos idosos



Entre as idosas residentes na instituição 60% procurou atendimento médico nos últimos 6 meses. Novamente a hipertensão aparece como queixa recorrente sendo a motivadora de 33% das visitas ao médico, ao lado de 33% para exames de rotina, 17% por dores e 17% por problemas cardíacos (gráfico 14).

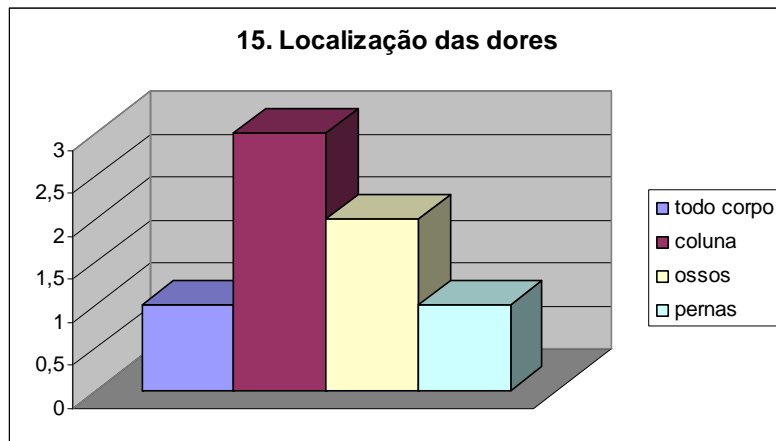
Gráfico 14 - Queixa da última visita ao médico



Apenas 20% das idosas sofreram internações hospitalares nos últimos 6 meses, internações que foram motivadas pela presença de problemas crônicos de saúde.

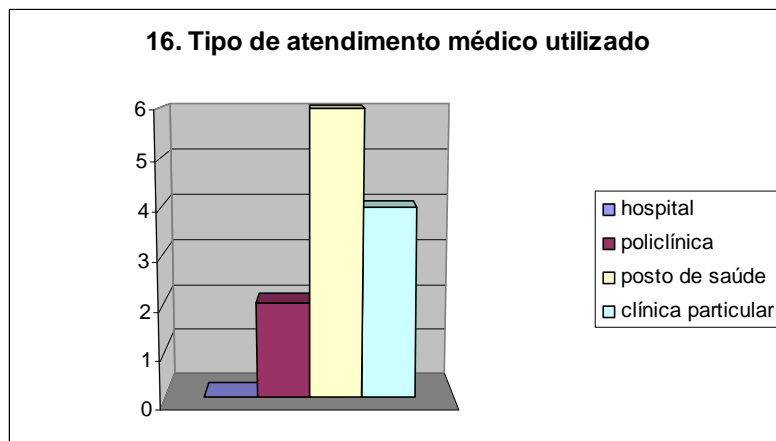
Entre as entrevistadas 70% afirmaram que sofrem com dores frequentes, e como nos mostra o gráfico 15, destas, 43% apresentam dores na coluna, 29% nos ossos, 14% nas pernas e 14% em todo o corpo.

Gráfico 15 – Localização das dores



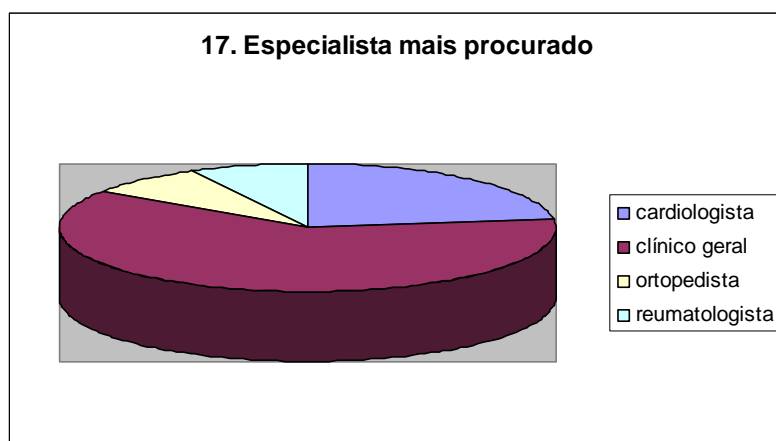
Quando questionadas se conseguem atendimento médico, prontamente 90% das entrevistadas afirmaram que “sim”. O atendimento médico mais procurado é o posto de saúde do próprio bairro, com 50% de procura, seguido por 33% de atendimento em clínicas particulares quando há urgência no atendimento e 17% recorrem à policlínica central (gráfico 16).

Gráfico 16 – Tipo de atendimento médico utilizado



Na maior parte das vezes as idosas não procuram atendimento especializado, em 61% dos casos procuram o clínico geral pela facilidade em conseguir atendimento. Os especialistas são menos procurados, como cardiologista 23%, ortopedista 8% e reumatologista 8%. Estes são procurados quando já há um tratamento de doenças crônicas, pela dificuldade em conseguir consultas (gráfico 17).

Gráfico 17 – Especialista mais procurado



Com relação à prática de atividades físicas, 80% das idosas afirmaram realizar com regularidade. 55% das idosas afirmaram que praticam ginástica semanalmente, graças a um trabalho voluntário desenvolvido por fisioterapeutas da cidade, 36% afirmaram que além de participarem da ginástica ainda praticam caminhada, e 9% fazem fisioterapia em função de problemas de saúde (gráfico 18).

Gráfico 18 – Tipo de atividade física praticada



A terceira parte do questionário é sobre as Atividades da Vida Diária. A autonomia na execução das AVD's é um indicativo da Qualidade de Vida, tanto do idoso institucionalizado quanto do idoso que vive com sua família. Muitas vezes, ao ingressar em uma instituição os idosos mesmo sendo capazes de realizar as AVD's acabam tornando-se dependentes, muitas vezes influenciados pelos próprios cuidadores. No entanto Araújo (2003, p. 43) ressalta: *se não houver empenho em transformar o idoso independente num agente de autocuidado, inevitavelmente este torna-se-á dependente, num menor espaço de*

tempo. Desta forma é imprescindível que a execução das AVD's seja estimulada e facilitada pela instituição.

As Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que são: caminhar, vestir-se, tomar banho, comer, levantar-se da cama ou da cadeira, também denominadas como Atividades de Autocuidado não foram abordadas no presente questionário, uma vez que esta instituição não presta atendimento à idosos dependentes, desta forma todos sujeitos são capazes de realizá-las (Mincato & Freitas, 2007).

As Atividades Intermediárias da Vida Diária (AIVD's) são relacionadas às capacidades físicas complexas, como preparar refeições, atividades de limpeza da casa, lavar e passar roupas, arrumar a casa e fazer compras. Estas são as atividades de autocuidado, manutenção e independência (Mincato & Freitas, 2007).

O gráfico 19 apresenta as AIVD's que as idosas conseguem realizar de forma independente, ou seja, sem a supervisão, direção ou ajuda de outro. A totalidade das idosas entrevistadas afirmaram que cozinham sua própria comida e também ministram seus próprios medicamentos; 90% das idosas afirmaram que cuidam de suas próprias casas, fazem compras e vão ao banco receber o benefício sem a ajuda de outras pessoas; 80% das idosas são capazes de lavar suas roupas e manusear o telefone; 70% das idosas cuidam da horta comunitária e pagam suas contas; e apenas 30% das idosas utilizam transporte público e realizam trabalhos manuais.

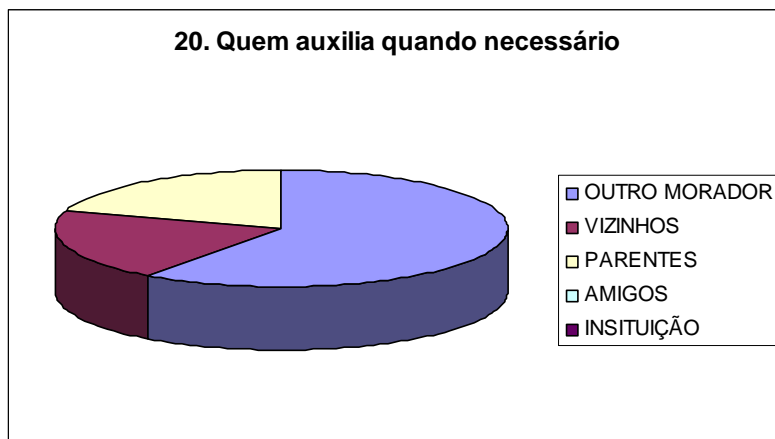
Gráfico 19 – Atividades que realiza sozinho



Quando necessitam de auxílio para realizar as Atividades Intermediárias da Vida Diária as idosas recorrem principalmente às próprias moradoras da instituição, sendo que em 60% dos casos elas mesmas se ajudam (gráfico 20). Quando não podem recorrer à

ajuda de outras moradoras elas procuram os vizinhos da instituição (20%) ou seus parentes (20%). Nestes casos não costumam procurar auxílio da instituição ou de amigos.

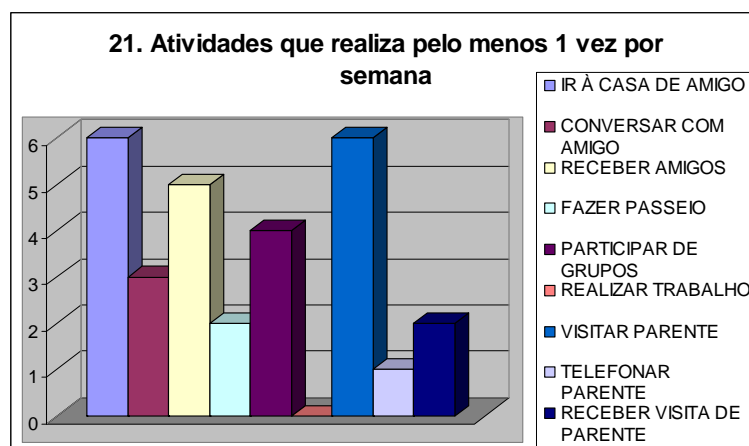
Gráfico 20 – Quem auxilia quando necessário



De acordo com Mincato e Freitas (2007), existem também as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que são necessárias para se viver sozinho, pois são atividades mais complexas, são elas: nível das atividades sociais como emprego, viagem, *hobbies*, grupos sociais, ou atividades religiosas e físicas como as recreativas e artesanato.

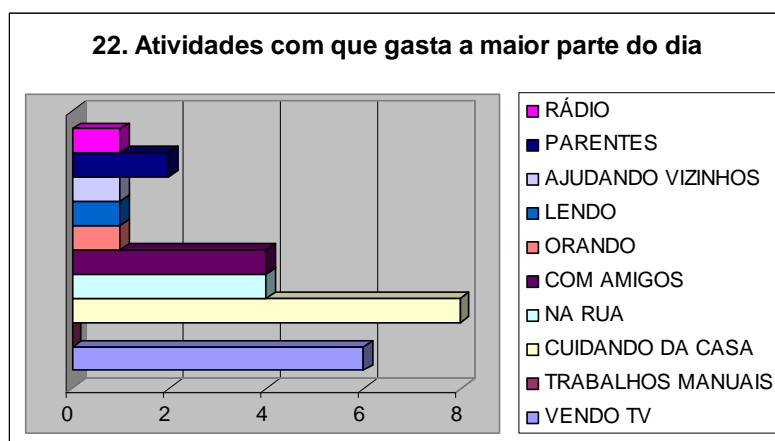
Entre as AAVD's, enquadradas no nível das atividades sociais, que as idosas realizam pelo menos uma vez por semana destacam-se com 21% ir à casa de amigo e visitar parente. Em seguida, com 17%, receber amigos. A participação semanal em grupos religiosos é realizada por 14% dos sujeitos. Conversas com amigos são realizadas por 10% das idosas. Apenas 7% das idosas recebem visitas de parentes semanalmente ou realizam passeios. Pelo fato do acesso ao telefone ser restrito, somente 3% telefonam ou recebem telefonemas de parentes semanalmente. Nenhuma das idosas entrevistadas realiza algum tipo de trabalho (gráfico 21).

Gráfico 21 – Atividades que realiza pelo menos 1 vez por semana



Podemos observar no gráfico 22 que 28% das idosas gastam a maior parte do seu dia com afazeres domésticos. A segunda atividade mais realizada pelas idosas é assistir TV, realizada por 21% destas. Em seguida 14% das idosas gastam grande parte do seu tempo na rua ou com amigos. Dentre as idosas 7% gasta uma parte do seu dia com parentes. Ouvir rádio, ler, orar e ajudar outros vizinhos, fazem parte das atividades diárias de 4% das idosas. Nenhuma das idosas realiza trabalhos manuais, no entanto relataram que anteriormente realizavam e precisaram parar devido à problemas visuais ou perda da coordenação motora. Grande parte das idosas queixaram-se da falta de atividades diferenciadas no seu dia-a-dia.

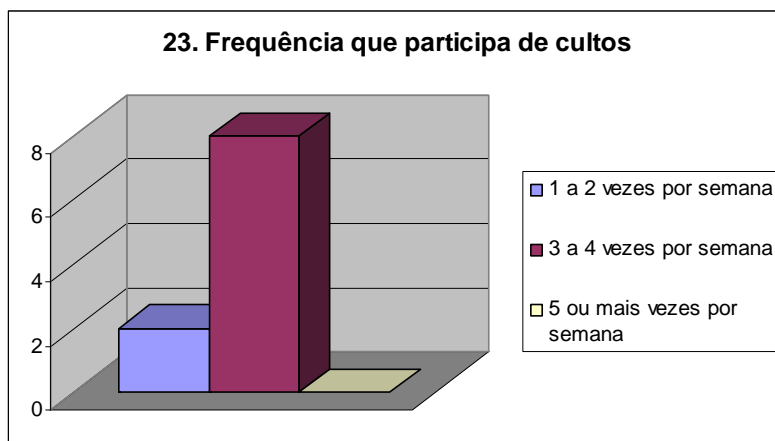
Gráfico 22 – Atividades com que gasta a maior parte do dia



As atividades religiosas também se enquadram nas AAVD's. A religião possui uma grande relevância para os moradores da instituição, por morarem em uma Vila Vicentina que é ligada a Igreja Católica. Todas as moradoras são católicas, todas oram sozinhas diariamente e também participam de cultos semanalmente. Entre as idosas 80% participam

de cultos religiosos de 3 a 4 vezes por semana, sendo a missa aos domingos e os grupos de oração durante a semana as principais atividades, e 20% freqüenta cultos apenas 1 a 2 duas vezes por semana por terem dificuldades de locomoção (gráfico 23).

Gráfico 23 – Freqüência com que participa de cultos



6.2 Análise da Escala WHOQOL-bref

A segunda parte da coleta de dados do estudo de caso sobre a Qualidade de Vida da população de idosos residentes na Vila Vicentina da Cidade de Varginha foi realizada a partir da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS WHOQOL-bref. Responderam ao questionário os idosos residentes na Vila (n=10), exceto dois sujeitos que se enquadravam nos critérios de exclusão.

A escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref foi analisada de forma descritiva, os escores dos domínios foram calculados através dos softwares Microsoft Excel e do SPSS versão 17, a partir da própria sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL (OMS).

Com relação à Qualidade de vida geral, os idosos da Vila Vicentina obtiveram média 71,77, escore que indica níveis satisfatórios de Qualidade de Vida, para a população idosa, que tende a ter escores menores se comparada às outras. Os resultados também demonstram um baixo desvio padrão de 2,11, conforme pode ser verificado na Tabela 1, indicativo de que a percepção da Qualidade de Vida da população é homogênea, variando pouco entre a percepção dos sujeitos de baixa qualidade de vida até excelente qualidade de vida.

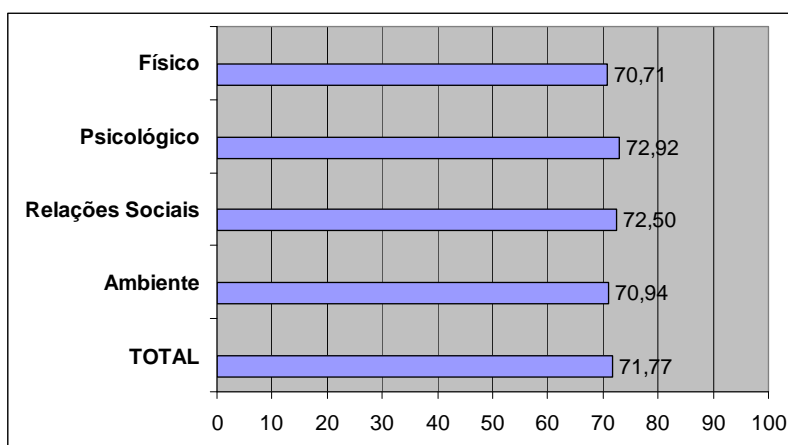
Tabela 1 – Resultados da Qualidade de Vida Geral

Média	56,50
Desvio padrão	0,80
Coefficiente de variação	6,13
Máximo	14,07
Mínimo	11,6
Amplitude	3,1

A escala WHOQOL-bref abrange diferentes domínios da qualidade de vida, são eles: o domínio Físico, domínio Psicológico, domínio das Relações Sociais e o domínio Ambiente. O gráfico 24 mostra as médias obtidas nos diferentes domínios na população estudada, na qual observa-se que o domínio com maior média foi **Psicológico** 72,92, seguido por **Relações Sociais** 72,50, **Ambiente** 70,94 e, com o menor escore o domínio **Físico** 43,33. Apesar da diferença entre as médias, os escores encontram-se próximos, o que demonstra uma homogeneidade entre os domínios na vida destes sujeitos.

Em uma pesquisa semelhante com uma população de octogenários da cidade de Siderópolis, Chepp (2006) encontrou escores próximos aos desta pesquisa, exceto pelo fato do domínio Relações Sociais (75,69) ter obtido maiores escores, seguido por Ambiente (64,58), Psicológico (58,20) e Físico (58,10). Levando-se em conta que a população citada era não-institucionalizada, podemos compreender os escores um pouco mais elevados deste estudo no domínio Relações Sociais e Ambiente.

Gráfico 24 – Média dos Domínios



De acordo com a Tabela 2 é possível visualizar que os domínios com os maiores valores máximos foram, respectivamente: Psicológico e Ambiente com média 18,00, seguidos por Relações Sociais 17,20 e Físico com 16,80.

Tabela 2 – Escores dos Domínios

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIACÃO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO	AMPLITUDE
Físico	15,31	1,30	8,49	16,8	13,2	3,6
Psicológico	15,67	2,05	13,06	18,0	12,8	5,2
Relações Sociais	15,60	2,12	13,57	17,2	13,2	4,0
Ambiente	15,35	2,96	19,30	18,0	9,6	8,4
TOTAL	15,48	2,11	13,60	17,50	12,20	5,30

Apesar das diferenças entre os domínios, pode-se notar uma homogeneidade nos dados. Também é possível perceber em todos os domínios baixos escores de desvio padrão, bem como de amplitude das respostas, o que significa que não há grandes discrepâncias entre as respostas dos sujeitos da pesquisa.

A Qualidade de Vida é composta por quatro domínios, como dito anteriormente: Ambiente, Relações Sociais, Psicológico e Físico, que por sua vez são subdivididos em facetas específicas.

Os aspectos **Psicológicos** representam a maior influência na Qualidade de Vida da população estudada com escore 72,92 (DP \pm 2,05). São referentes aos Sentimentos Positivos com a Vida, Capacidade de Pensar, Aprender, Memória e Concentração, Auto-estima, Imagem Corporal e Aparência, Sentimentos Negativos, Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais.

A faceta que apresentou maior peso no domínio Psicológico da população estudada foi a que engloba a Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. Como pode ser observado na população em questão este é um componente com grande influência. Todos os sujeitos da pesquisa possuem uma ligação muito forte com a religiosidade, a própria Vila Vicentina é ligada a uma entidade religiosa e as principais atividades desenvolvidas pelas moradoras são ligadas à religião, tais como participar de novenas, de missas, de grupos de oração; as idosas também despendem grande parte do tempo diário assistindo canais de TV e ouvindo emissoras de rádio que transmitem programas religiosos; uma das idosas ainda desenvolve o ofício de benzedeira.

A Auto-estima das idosas da Vila é uma das facetas que possui grande peso no domínio psicológico. De acordo com Dini (2001, como citado em Chaim, Izzo & Sera, 2009) *a auto-estima é definida sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma*. A auto estima reflete nosso julgamento e, conseqüentemente, nossa capacidade de lidar com as tarefas do dia-a-dia, assim quando há auto-estima positiva o

sujeito se vê confiante, competente e merecedor, podendo agir de forma satisfatória. Portanto, a auto-estima é um constructo que além de ser influenciado por diversos fatores é definido por questões idiossincráticas.

Uma das facetas com avaliação inversa é a Presença de Sentimentos Negativos, presente na população estudada, também pudemos verificar a Presença de Sentimentos Positivos; a coexistência dessas duas facetas indica uma ambivalência na percepção das idosas, justificável uma vez que a presença de tais sentimentos pode variar conforme o contexto e até mesmo coexistirem.

As idosas da Vila possuem boa Capacidade de Pensar, Aprender, Memorizar e Concentrar, tal escore pode estar associado ao fato das idosas estarem ainda ativas mantendo seus níveis de pensamento, aprendizagem, memória concentração satisfatórios.

Com relação à Imagem Corporal, a percepção das idosas quanto ao seu corpo pode ser considerada boa para uma população idosa que sofre diversas mudanças físicas nesta fase e que é socialmente considerada negativa.

Neri (2004) ressalta que o bem-estar subjetivo não tende a sofrer mudanças no decorrer do envelhecimento do sujeito, sendo esta a esfera menos afetada de acordo com a faixa etária, ou seja, sujeitos que tendem a ter uma visão positiva da vida provavelmente irão mantê-la em outras fases da vida, pois este não é um traço que muda com o decorrer do tempo.

Estudos apontam que indivíduos em mesmas condições físicas podem apresentar diferentes níveis de satisfação com a vida, com o tratamento e com a qualidade de vida, fator que demonstra a importância da individualidade na determinação da qualidade de vida (Chepp, 2006). Assim, a satisfação com a vida, a presença de sentimentos positivos e outros fatores psicológicos podem influenciar a avaliação dos demais domínios.

O domínio que obteve a segunda maior média foi **Relações Sociais** com 72,50, com desvio padrão de $\pm 2,12$ dado que sugere uma discrepância, ainda que pequena, na percepção da qualidade destas relações entre as idosas. As relações sociais abarcam as facetas: Relações Pessoais, Suporte Social, Atividade Sexual.

Na faceta Atividade Sexual apesar das idosas da Vila Vicentina não possuem companheiros, por serem todas solteiras ou viúvas, estas se disseram satisfeitas com sua vida sexual, relatando que nesta etapa da vida não sentem falta destas experiências. É importante ressaltar que esta percepção é pautada por fatores culturais e sociais, pois a população estudada é composta por idosas criadas aos moldes da sociedade interiorana de Minas Gerais, com uma cultura fortemente marcada por preceitos religiosos e rígidas

normas morais. Desta forma, a sexualidade ao longo de suas vidas não pode ser vivenciada de forma plena e agora sublimada na velhice.

Os resultados encontrados indicam que os idosos da Vila possuem bom Suporte Social, uma vez que recebem suporte dos Vicentinos, da comunidade, entre os próprios residentes e ainda mantêm preservados os vínculos familiares.

De acordo com Yeh e Liu (2003 como citado em Chepp 2006, p. 36) *o suporte social é importante nas atividades diárias do idoso vivendo em comunidade. Um estilo de vida socialmente envolvente é relacionado a maiores escores de cognição e satisfação tanto na comunidade quanto em asilos.*

A possibilidade de se encontrarem inseridos na comunidade, com liberdade de ir e vir, bem como livre acesso dos visitantes à Vila facilita a manutenção das Relações Pessoais. Desta forma, mesmo vivendo só, a maior parte dos idosos da Vila Vicentina, não relatam sentimentos de solidão e abandono. No entanto a interação pessoal entre as próprias idosas ainda é pequena, se dando de forma funcional, elas interagem apenas durante as práticas religiosas ou quando uma necessita da ajuda da outra.

Neri (2001, p.61) ressalta a importância da interação entre as relações pessoais com o desenvolvimento de atividades afirmando que *compartilhar atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem-estar do idoso porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal permite a ocorrência de catarse.*

O domínio **Ambiente** com média 70,94 com o maior desvio padrão $\pm 2,96$, a maior dispersão na amostra, o que demonstra heterogeneidade na percepção deste fator. Tais dados sugerem que, na população estudada, as condições ambientais em geral – Segurança Física e Proteção, Ambiente no Lar, Recursos Financeiros, Cuidados de Saúde e Sociais: disponibilidade e qualidade, Disponibilidade de Adquirir Novas Informações e Habilidades, Participação em Oportunidades de Recreação/Lazer, Ambiente Físico (poluição/ruído/trânsito/clima), Transporte – encontram-se com deficiências, não atendendo a todas as necessidades da população residente.

As condições ambientais da Vila são melhores do que os tradicionais asilos e muitas vezes melhores que as próprias casas em que os idosos residiam antes de ingressarem na instituição. Dentre as facetas que compõem o domínio Ambiente a faceta com maior média foi Ambiente no Lar, 80,00, que pode ser explicada pelo fato da organização da Vila Vicentina oferecer aos idosos um ambiente com liberdade e autonomia, podendo assim manter sua individualidade – podem ir e vir livremente, receber visitas, decidir sobre a organização da casa e das atividades da vida cotidiana – fator que

aproxima a sensação de residir em seu próprio Lar, com aconchego e sentimento de pertença, mais do que em uma instituição fria e impessoal.

O Acesso aos Cuidados de Saúde e Sociais foram avaliados como satisfatórios, mesmo o atendimento recebido pelas idosas sendo realizado, na maioria das vezes, em postos de saúde. Quando não conseguem atendimento precisam procurar serviços particulares. A faceta Capacidade de Adquirir Novas Informações e Habilidades também é avaliada pelas idosas como satisfatória, principalmente pelo fato de que as idosas continuam em contato social, pois tem acesso às informações através da interação com outras pessoas, ao transitarem com liberdade pelos espaços públicos e também pelas mídias (rádio e TV).

O quesito Ambiente físico, que abarca a presença de poluição, ruídos, trânsito e clima é percebido como regular, uma vez que as idosas sofrem pouca interferência destes fatores, sendo apenas o ruído provocado por algumas moradoras motivo de queixa entre elas.

A faceta Participação em Oportunidades de Recreação e Lazer é referida pelas idosas como insuficiente e de difícil acesso, apesar de terem liberdade de participação. Na presente população, apesar das idosas apresentarem boas condições físicas, independência e ainda realizarem suas AVD's é escassa a oferta de atividades diferenciadas e interessantes, as opções de lazer são poucas, e ainda falta acessibilidade a alguns eventos que acontecem na cidade.

Sobre a faceta Segurança Física e Proteção a Vila Vicentina não é um local totalmente adaptado para as necessidades dos idosos; ainda existem escadas, faltam corrimões de apoio (tanto nas áreas externas quanto nos banheiros), o piso é inadequado, o acesso a algumas casas encontra-se em forte declive.

Apesar dos problemas da estrutura física do local, existem os aspectos positivos, como o fato de residirem em um ambiente seguro e acolhedor, e que, apesar de ser em comunidade, garante ao mesmo tempo, privacidade.

A importância de se proporcionar um ambiente seguro aos idosos é que este domínio está intimamente ligado à qualidade de vida. Estudos mostram que (Pereira, 2006):

Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida.

Sobre os Recursos Financeiros, apesar de receberem uma renda de apenas um salário mínimo, insuficiente para os crescentes gastos da população idosa é importante destacar que na Vila não há despesas com aluguel, despesas com água são subsidiadas pela Prefeitura e quando necessário as idosas recebem ajuda financeira, assim há uma seguridade financeira maior, fazendo com a renda seja suficiente para manutenção das despesas. Portanto, tais fatores podem corroborar com os escores obtidos neste domínio.

A faceta Transporte é apreciada como regular. Tal fator pode explicado pelo fato de que as idosas não possuem oferta de transporte pela Vila, no entanto contam com a ajuda de vizinhos, parentes e dos Vicentinos e, quando não podem receber este auxílio ainda há o acesso ao transporte público, opção precária e nem sempre acessível.

Como ressalta Néri (2004), o ambiente adequado aos idosos pode proporcionar o desempenho de comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos, aumentando assim os escores de Qualidade de Vida.

O domínio com a menor média foi o domínio **Físico** com 70,71 (DP \pm 1,30), e também apresentou o menor valor mínimo com escore 9,3. O Domínio físico envolve as facetas: Dor/Desconforto, Energia/Fadiga, Sono/Repouso, Mobilidade, Atividades da Vida Cotidiana, Dependência de Medicação e Tratamentos, Capacidade para Trabalho.

Como citado por Chepp (2006), baixos escores no domínio físico são esperados na população idosa, devido ao próprio processo de envelhecimento, pelo declínio da capacidade física, dores, problemas do sono e alterações de mobilidade vão progredindo.

Além do declínio normal da senilidade, os idosos também sofrem principalmente os efeitos de doenças crônicas adquiridas por hábitos ao longo da vida. Adiciona-se também fatores como polifarmácia, que muitas vezes acaba por trazer efeitos adversos à saúde, como por exemplo, aumento no risco de quedas, presente na faceta presença de Dependência por Medicamentos e Tratamentos.

A importância do domínio físico na Qualidade de Vida, como ressalta Pereira (2006) é que: *a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais.* Nesta população a faceta com Capacidade para o Trabalho é fortemente presente entre as moradas da instituição.

Assim, boas condições no domínio físico implicam na capacidade de realizar as AVD's, que garantem autonomia e maior independência aos idosos. A população de idosos do estudo de Pereira (2006) obteve altos índices no domínio físico, principalmente por serem da zona rural e poderem continuar exercendo suas atividades. Os autores afirmam

que idosos que tem a oportunidade de manterem suas atividades laborais na velhice possuem maior satisfação com a vida.

Conforme dito anteriormente, a presente população de idosas possui boas condições no domínio físico, porém com poucas oportunidades de exercer atividades diferenciadas, ficando restritas apenas às AVD's.

A presença da faceta Dor e Desconforto possui bastante influência nos baixos escores do domínio físico. Cheep (2006) referindo-se aos resultados da pesquisa do IBGE (2005) ressalta a característica das mulheres avaliarem seu estado de saúde de forma inferior aos homens, bem como nos outros domínios que compõem a Qualidade de Vida.

As demais facetas Energia/Fadiga, Sono/Repouso, Mobilidade e Atividade da Vida Cotidiana também confirmam com os baixos escores do domínio físico, tais facetas encontram-se em níveis moderados na vida das idosas, todas estas facetas tendem a diminuir com o avançar da idade. Corroborando com os dados encontrados na pesquisa de Chepp (2006):

O domínio físico teve a pior avaliação, aspecto já esperado e referido pela literatura estudada, em se tratando de uma população de idosos, aonde a capacidade física vai se declinando, ao passo que dores, problemas com sono, alterações de mobilidade vão progredindo.

Desta forma, os resultados da Qualidade de Vida em geral, bem como a comparação dos domínios e de suas facetas específicas nos mostra que apesar há pequena variação entre a percepção das idosas e conseqüentemente uma homogeneidade desta percepção. No entanto é importante ressaltar que a qualidade de vida é subjetiva, ou seja, é um dado percebido pelo sujeito, ou seja, depende mais de valores culturais e sociais do que propriamente de condições objetivas. A homogeneidade dos resultados desta pesquisa é devida à uniformidade das características desta população, com a população composta por idosos sujeitos praticamente às mesmas condições obtivemos pouca variação das percepções. Conforme afirma Pereira (2006):

A qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

6.3 Histórias Singulares que se Cruzam em uma Vila Vicentina: Formação da Identidade de Idoso

6.3.1 Motivos para Entrada: Entre o Abandono e a Escolha

É sabido que o processo de envelhecimento é heterogêneo, assim, os motivos que levam um idoso a residir em uma ILPI também são bastante diferenciados (Scharfstein, 2006). No encontro com as moradoras da Vila fica bastante evidente a polarização entre as duas principais possibilidades de entrada que vão desde o abandono, seja da família ou dos padrões e a escolha voluntária no intuito de manter sua independência.

Os motivos da entrada são traçados ao longo da história de vida de cada idosa; de acordo com suas vivências vão surgindo determinantes que culminam na estada em uma ILPI. Em cada caso singular podemos ver a formação de arranjos entre os principais fatores que influenciam na ocorrência da institucionalização.

Dona B. é uma figura conhecida do bairro quem eu tenho lembrança desde criança, sempre a frente dos movimentos religiosos, sempre em contato direto com a comunidade, tempos depois se mudou e perdemos contato. Até o dia que, sabendo do meu trabalho com ILPI's, alguns conhecidos me informaram que Dona B. estava morando na Vila Vicentina, e que eu deveria conhecer. Ao ir visitar Dona B. encontrei-a com o mesmo vigor de sempre, aos seus 80 anos e com muita disposição. Acabara de chegar da feira, cheia de sacolas de compras para ela e para algumas outras moradoras da Vila que não podiam sair de casa.

Dona B., nascida na Bahia, se mudou para Minas acompanhando o marido que veio para o sudeste, como milhares de brasileiros, em busca de uma vida melhor. Estabeleceram-se na cidade de Belo Horizonte, quando repentinamente com três filhas, Dona B. se vê viúva. Neste momento sua vida muda completamente de rumo e ela precisa, agora sozinha, cuidar de si e das três filhas pequenas. Então resolve ir morar na cidade de Varginha, onde criou suas filhas, até que estas se casaram e partiram. Desde então ficou morando sozinha, até que por dificuldades financeiras precisou encontrar novos meios de se manter, tentou morar com a filha e não deu certo, preferiu manter sua liberdade. Em busca de outro lugar para morar encontrou apoio dos Vicentinos. É a moradora mais antiga da Vila, ao todo mora há 28 anos (descontínuos) em casas cedidas por eles.

Aí eu pagava aluguel, o aluguel foi subindo, subindo, aí não dava pra mim pagar. Falei: " Não, vou dar um jeito de me mudar". Aí minha filha que morava na Vila Mendes falou: "Oh mãe você não que ir lá pra casa?" Aí eu falei: "Ah... sei lá. Morar com..." E ela disse: "Não mãe pode ir!" Aí eu conversei com o Lú, o Lú é meu genro. Ele: " A senhora pode ir pra lá." E aí eu falei: "Será que vai dar certo?" Ela: "Ah dá mãe! Vai sim, vai levando." Então eu fui, fiquei três meses lá, mas não é que eles me aborreceram... É que eu não sei, eu já me acostumei a viver minha vidinha assim... Igual aqui. Eu tô aqui. Deito a hora que eu quero, levanto. Se eu quiser levantar cedo levanto, se eu não quiser levanto mais tarde. Dona B.

Dona V. é uma idosa de 75, muito ativa e falante. E no momento em que é entrevistada permanece em pé, apoiada na, impecavelmente limpa, pia da cozinha, enquanto traga um cigarro de palha. Refere-se o tempo todo aos seus onze irmãos, hoje espalhados pelo país, e seus pais já falecidos que migraram do Ceará em busca de uma vida melhor em Minas Gerais. Como entre os onze filhos, apenas ela e a irmã que é freira não se casaram, acabaram dividindo a responsabilidade de cuidar do pai já velho e doente até sua morte. Após a morte do pai, já aposentada Dona V. resolve ir morar com a irmã que acabara de se divorciar e tinha uma filha doente para criar:

(...) eu passei acho que oito meses (morando na casa da irmã). Aí eu falei assim: "Eu acho que vou pro asilo." Mas pra *mim* (sic) ir pro asilo tem que esperar a hora de comer, a hora de dormir, a hora de tomar banho. A vida lá é quase igual no convento, tem a hora de comer, de trabalhar, de tudo. E a gente não pode sair. (...) Aí eu ficava pensando: "Oh meu Deus do céu, o que é que eu vou fazer?" Porque lá com a minha irmã era assim, se eu falava uma coisa ela não concordava. Ela falava uma eu não concordo. Porque a gente não se bate. A gente não briga nada. Irmão não se bate assim... Eu falei: "Não! Preciso me mudar." Dona V.

Diante da dificuldade em conviver com a irmã, Dona V. se depara com a possibilidade de ir morar na Vila Vicentina quando é apresentada para ao então presidente da Vila, que após ver seu descontentamento oferece uma casa a ela.

Ele disse assim que lá não sei aonde, que ele era o presidente na época, diz que lá tem *umas casinha* (sic). Que cada casinha mora uma velha só. Mas cada casinha pode morar só uma, não pode morar mulher com marido, com neto, nem nada não. Aí ela falou assim: "Olha, a casinha é pequenininha, mas é arrumadinha, a cozinha, o quarto e um banheirinho, as casinha ajeitadinha. E ele disse que qualquer dia vem te buscar, pra ver a casinha como é que é."

Assim Dona V. conseguiu uma "casinha" para morar na vila e como a maior parte das ILPI's brasileiras há um cunho caritativo no serviço prestado. A cultura de caridade está imbuída na idéia de que se deve aceitar o que se recebe sem questionamentos e com bom grado, que fica evidente em sua fala:

Aí passou uma semana e o homem veio e passou uma tinta dessa assim. Aí eu falei pra ele tirar essa e passar outra, ele falou que não dava. E passou por cima e ficou tudo escafurado assim. Ele falou assim: “Você quer mexer?” Eu falei: “Não, não tem buraco. Se tivesse buraco assim eu já tinha mandado arrumar, mas do jeito que tá aí cair não cai. Faz de conta que ela tá bordada.” (risos) Não tem buraco nem nada. aí eu mudei dia três de setembro. Já faz dois anos e meio.
Dona V.

Aos 85 anos Dona A. continua a exercer o ofício de benzedeira que iniciou quando jovem e ainda morava na roça, apesar de ter recebido muitas críticas dos familiares decidiu seguir este caminho. A entrevista foi interrompida várias vezes por vizinhos e conhecidos que queriam benzer suas crianças. O sincretismo religioso é sua principal característica, em sua casinha havia diversas imagens de santos, misturados com orixás, arruda para benzer, infusões de ervas e cachaça para curar doenças.

Meu pai falava: “Não faz isso não menina! Os outro vai falar que você é feiticeira!” Você sabe o que eu fazia? (...) eu vinha com a faca: “O que é que eu corto então? O que é que eu corto? O que é que eu corto? O que é que eu corto? Íngua! Assim mesmo eu corto! Aí põe mais! Põe! Aí põe mais! Põe! Aí põe mais! Põe!” E mexia, mexia, mexia. Aí falava: “Vai embora.” Aí no dia seguinte: “Tô são!” Aí meu pai falava: “Não tô falando procê parar com essas loucura menina!” Aí arrumava esses raminho assim. E punha numa garrafa.
Dona A.

Percebo um hálito etílico em Dona A. que confirma gostar de tomar uma “pinguinha” de vez em quando, hábito que vem desde a juventude na roça e que é muito criticado pelas outras moradoras da instituição. Ao longo da conversa conta, com muito pesar, que ajudou a criar os filhos dos outros, que deu tudo para eles, mas que hoje o motivo de estar residindo na Vila é o abandono.

E eu dou mesmo. Eu vou morrer e não vou levar o que eu tenho, né? (...) Mas ninguém pode fazer nada pra mim. Eu que pude fazer pra eles. Criei e ninguém pode fazer nada pra mim não. Eu que fiz pra eles e vim fazendo pros outros.
Dona A.

Ao adentrar a Vila, de longe percebo Dona M. sentada à porta de sua casa, muito sorridente apesar de possuir um problema sério de saúde que a impede de andar. Atribui seu problema de saúde ao fato de ter vivido e trabalhado por muitos anos consecutivos na roça realizando trabalhos pesados, que levou ao “desgaste” do seu corpo. Aposentou-se ainda jovem, aos 38 anos por invalidez.

Dona M. não é idosa, possui 54 anos, e está residindo na Vila por possuir este problema grave e não possuir família na cidade, por isso foi aberta uma exceção. Ao retornar à Vila alguns dias após meu primeiro contato recebo a notícia que dona M. irá se

mudar, para uma casa em outro bairro da cidade, no entanto ela é resistente em dizer os motivos de sua saída, tenta justificar com o fato de a Vila ficar longe do ponto de ônibus, impedindo sua locomoção.

(...) (antes) era difícil porque eu pagava aluguel, tinha problema de saúde, tinha que comprar remédio, né? Era complicado. (agora) Porque é difícil o ponto do ônibus, é tudo longe, pra sair pra comprar, pra fazer as coisas, não tenho quem faz nada pra mim. É muito difícil pra sair. Dona M.

Aos 63 anos Dona G. reside há apenas três meses na Vila. Nascida na Zona Rural de Varginha quando adolescente decidiu ir para cidade em busca de emprego, e sempre trabalhou como doméstica, residindo na casa dos patrões. Casou-se e pelo fato do marido ter um filho dependente químico meses depois se separou. Após a aposentadoria precisou ir morar com irmã, que logo faleceu. Nesta situação acabou residindo um tempo com a sobrinha, uma relação difícil, na qual se sentia explorada, por isso decidiu procurar outro lugar para morar.

Eu morava no emprego, né? E eu trabalhava de doméstica. Depois eu casei. Fiquei quatro meses casada. Separei... aí depois eu fui morar com a minha irmã. Lá, lá... no Sion. Aí depois ela faleceu e eu vim pra cá. Que a minha irmã faleceu, que tava muito ruim morar com minha sobrinha. Eu queria alugar uma casinha. Aí ela falou pra mim assim: “Você é sozinha vai pra lá pro vicentino.” Aí eu falei assim que ela (a sobrinha) é muito ruim pra mim. Que o dinheiro que eu dava não dava pra nada. Eu dava o dinheiro quase tudo pra ela. E não dava nada? Ela era solteira. Era ela e *dois rapaz* (sic). Aí ficou difícil. Eu saía e ela fechava a casa todinha. Assim deixava. Aí a hora que eu saía e chegava tinha que ficar na rua. Até ela querer resolver, querer abrir. Nossa senhora! Ela pintava comigo. Dona G.

Com muita vitalidade e aparência física de dez anos a menos, aos 70 anos Dona I. é uma senhora muito ativa, ainda com muitos planos. Adora passear, seja para visitar amigos e parentes ou simplesmente fazer uma caminhada pela cidade.

Dona I. não se casou e logo após a morte da mãe começou a trabalhar. Trabalhou a vida toda realizando serviços domésticos residindo nos empregos, e nos últimos 15 anos trabalhou na limpeza do asilo da cidade, onde residia. Depois que se aposentou não quis morar de novo com a família, pelo fato de que morando muitas pessoas em uma mesma casa, fica muito tumultuado. Então ela resolveu ir morar na Vila, mas como a fila de espera para entrar era muito grande precisou aguardar por um tempo.

Porque eu não quis morar com minha família não. E lá eu não podia morar mais. Bom... poder até que podia. Mas Nossa Senhora! Ficar lá no meio daquele povão lá não há quem agüenta. É muita gente. É difícil. Eles falaram que se eu quisesse vir pra cá que eles arrumavam uma casinha pra mim. Até que demorou.

Naquele tempo era assim de gente, era cheinho. Cheio de gente que queria vir pra cá. Dona I.

Dona N. é uma idosa de 85 que está sempre muito bem arrumada e perfumada. Nasceu no interior de Minas Gerais, ainda muito jovem perdeu os pais e não teve o ajuda dos irmãos.

Depois que eu perdi meus pais, eu ainda não tinha treze anos completo. Eu perdi primeiro a minha mãe, depois meu pai. Meus irmãos não me deram apoio. Dona N.

Assim, desde muito cedo precisou trabalhar. Trabalhou em fazendas, depois como doméstica e foi para São Paulo em busca de um trabalho melhor. Não se casou. Com o dinheiro do seu trabalho conseguiu comprar uma casa, que depois vendeu e colocou o dinheiro na poupança, na esperança de comprar outra melhor. Com o Plano Collor teve o dinheiro da poupança confiscado e perdeu todas as suas economias, por esse motivo precisou ir para a Vila, onde reside há 18 anos.

Eu passei a mão no dinheiro e pus na poupança até achar uma casinha por aqui, por esse bairro que eu gosto muito. Num achei, e veio o Collor com o “Sarnei” com aquela bobagem de tirar o zero do dinheiro. Passaram a mão no dinheiro de muita gente. Uns tinham os papéis tudo certo, tinham testemunha de tudo e podia pagar advogado recebeu. Que não tinha pra mexer com isso não recebeu. Eu lutei lá na caixa (mas não recebeu o dinheiro de volta). Dona N.

Por trás da aparência frágil de Dona E. há uma história de vida de superações. Perdeu a mãe ainda muito jovem, e logo precisou assumir a responsabilidade de cuidar do irmão mais velho e do pai que os agredia. Cansada da violência do pai decide fugir de casa e seguir sozinha seu caminho. Apesar de todas as agressões que sofreu do pai ela se refere à ele com carinho.

Ai o papai era muito... que Deus perdoe ele... que ele já morreu.. ele era muito bravo com nós. Batia em nós. Ele batia no meu irmão, eu pedia pra ele ter dó dele. E eu falei com ele: “Nossa senhora!” e era de noite... ele foi pra trás do fogão de lenha. E papai com faca nas costas dele. E eu fui pra lá e falei: “Sagrado coração de Jesus! Acode meu irmão porque meu pai vai matar ele!” E aí quando eu gritei papai pegou e guardou a faca. E saiu e foi lá pro quarto dele. Aí eu falei pra meu pai não fica pensando que se eu sair eu nunca mais volto também. Aí ele (o pai) falou: “Pode ir pros inferno que não faz falta nenhuma!” Aí eu falei: “Tá bom, então espera...” (fugiu pra cidade) “Fala pra ele que eu tô aqui na cidade e não vou voltar mais não.” Dona E.

Ao chegar à cidade Dona E. trabalhou em muitas “casas de família”, também residia no emprego, quando se aposentou e alugou uma das casas de um patrão. Até o dia

em que o patrão pede a casa de volta e ela se vê sem ter para onde ir. Então descobre a possibilidade de ir morar na Vila e se muda para lá. Para ela viver na Vila tem um lado positivo de não pagar o aluguel e o lado negativo de precisar realizar as mesma atividade que fez durante toda a vida, a qual já está cansada de realizar: cuidar da casa.

Aí eu aproveitei e aluguei a casa dele. Aí depois de lá, um dia eles me pede a casa. Aí eu falei: “E agora?”. Aí eu saí. E eu fiquei procurando. Aí eu pedi uma colocação aqui. “Então tá bom. Eu tô pagando aluguel e aqui não paga nada.” Aí Boa. Até eu dizer que muito boa não é não. Mas em todos os caso é boa. Porque aqui a gente não paga aluguel, né? A gente só faz serviço de casa. Dona E.

Na última casa da Vila, bem aos fundos reside Dona L., uma senhora de 78 anos muito simpática e de fala mansa. Começa a entrevista me contando a história de seu nome, que seria outro, se seu pai não tivesse esquecido durante a viagem que fez para registrá-la. Para não perder a viagem escolheu outro nome e o registrou, ao chegar em casa teve que explicar o ocorrido à família, que não gostou do acontecido. Em função deste engano Dona T. (nome de registro) só é chamada pelo nome que fora escolhido pela mãe L., mesmo não tendo sido registrada com ele.

Dona L. teve uma vida tranqüila, quando adolescente foi trabalhar fora, como doméstica e depois como cuidadora de doentes e idosos, assim sempre residiu no emprego. Trabalhou a maior parte de sua vida para uma mesma família, até quando a idosa de quem cuidava faleceu. Neste momento Dona L. se aposentou e os ex-patrões arrumaram uma casa para ela perto de sua única parenta ainda viva, sua sobrinha. No entanto Dona L. sentia-se muito sozinha, pois sua sobrinha tinha sofrido um grave acidente e não podia visitá-la, foi aí que os ex-patrões sugeriram que ela viesse morar na Vila.

Aí a irmã dela arrumou uma casa perto da minha sobrinha lá no Barcelona. Ela falou assim: “Quem sabe você fica perto da tua sobrinha?” A minha sobrinha também, ela tinha tido um desastre de carro. Ela não ia lá me ver. Conversava era da rua, da janela, que ela não podia subir escada. Aí a irmã dela falou que tinha casa aqui que era pra conversar com os vicentinos. A casa é toda sem arruma sem nada, sem pintar. Aí ela conversou com eles lá. Eles pintou a casa. Aí ela arrumou o caminhão pra eu vir pra cá. Aí eu falei: “Ah menina, eu não vou não. Não sei não.” E ela falou assim: “Não, a gente vê lá, porque eu tô preocupada com você. Eu não quero que você fique sozinha. Porque é muito ruim ficar sozinha. Porque você tem que ficar dentro da comunidade. Porque lá tem pessoa assim, pra você ver, conversar. Lá você tá muito sozinha. Porque tua sobrinha também não pode vir aqui ver você, ficar umas horas pra você conversar.” Dona L.

6.3.2 Qualidade de Vida: Tudo Bem Graças a Deus!

Qualidade de Vida é um constructo subjetivo, portanto é permeado por diversos fatores. A partir das entrevistas podemos observar que os principais determinantes que interferem na percepção da Qualidade de Vida são a religiosidade, dificuldades de vida antecedentes, liberdade, poder realizar atividades da vida diária, apoio social.

No discurso das idosas a percepção da qualidade de vida está diretamente relacionada à religiosidade, que mesmo apesar das doenças, apesar da falta de dinheiro e da solidão está tudo bem.

Eu quero é essa vidinha do jeito que eu tô. Assim tá muito bom, muito bom com Deus. Eu tô doente mas não me desanimo. Uai... (a vida) tá boa. Tá bom do jeito que tá aqui. Ninguém... ninguém vem me aborrecer a não ser essa mulher. Eu recebo meu dinheirinho, faço uma comprinha. E... não é dinheirinho não. O que Deus dá pra gente a gente tem que falar que é bastante. A gente fala errado né? Com Deus... Deus ajuda a gente. Primeiro na frente é Deus. Porque sem Deus, sem a ajuda de Deus nós não valem nada. Nem que não tenha religião, não tem importância. Mas a gente tem um mestre de amor. Então a gente tem que pensar nisso. Eu penso assim pra frente tudo bom pra mim. Eu não penso nada que passou pra trás não, sabe? Só pra frente e digo pra você também. Você pensar só *as coisa bão* (sic), se você tem dinheiro, se você não tem. Ruim é a doença, né? Pra gente ir no medico. A gente velho tudo. Mas no mais é tudo bom, a gente comendo, falando, andando, né? Não tá bom? Eu não posso reclamar. Que eu tô doente aqui e ainda ajudo os outros. Ajudo os outros. Não porque eu tenho boa vontade não é? Dona A.

Ah, a minha vida aqui é boa. É muito mais boa do que lá. Minha vida aqui é boa. Graças à Deus! Dona G.

Eu não tenho esse negócio de clamor, de que eu não tô satisfeita, que eu quero ir embora daqui. Não tem isso não. Tô contente e vou ficar até quando Deus me der força e saúde. Dona N.

Aliada à religiosidade, a superação de condições adversas na vida também é relevante na percepção da qualidade de vida, como no caso de Dona B., que superou muitas dificuldades e hoje pode viver uma vida tranqüila.

Graças a Deus eu não posso reclamar não. Em vista do que eu passei na minha vida quando o meu marido morreu hoje eu to no céu né? Hoje eu tô no céu, sou muito feliz aqui. (...) A minha vida é muito boa. Todo dia cedo eu abro a porta da cozinha e olho pro céu e agradeço à Deus por mais um dia de vida que ele tá me dando, tudo que ele tem feito por mim. Porque eu falo, se não fosse por Deus eu não tava aqui, né. Porque você vê, meu marido morreu e não deixou nada pra mim, a herança que ele deixou pra mim foram três filhas, uma escadinha, dois, quatro e seis. (...) em vista do que eu passei na minha vida. Eu tô muito feliz. Tem muita gente que fala em solidão. Eu não tenho solidão! Falo mesmo. "Eu moro aqui com Deus!" Não tô sozinha. Tem os vizinhos aqui de lado. Aqui na rua todo mundo me adora. Graças à Deus. Eu saio por aí na rua e o povo: "Oi dona B.! Oi dona B.!" Pra que coisa melhor? Agora se eu não

tivesse amizade nenhuma, tivesse na rua. Agora não tem. Sou muito feliz. Dona B.

O fator da qualidade de vida mais preponderante para as idosas é o fato de dentro da vila ainda poderem realizar atividades com autonomia, mesmo que sejam as atividades mais simples da vida diária.

Graças à Deus, por enquanto tá bom, sabe? De manhã eu levanto e dou uma varrida na casa. Faço o café, depois tomo o café, aí vou assistir a missa de manhã na televisão. Dona V.

Normal. Eu dou uma arrumadinha só e pronto. Saio às vezes... tem dia que eu não saio. Tem dia que nós vai na reza. (risos) É assim. Dona G.

E é assim como eu tô te falando pra você. É um conforto especial, é muito quieto. O povo tá rezando o terço. Tá cada um nas suas casinha. Não tem criança, não pode morar homem. Já morou homem, mas homem dá muito trabalho. Quando eu gosto do programa que é curtinho eu assisto. Eu tenho minha hora de dormir. Se eu cismar de deitar às oito horas pra descansar, eu deito. Não tenho nada de impedimento não. Ninguém me amola. Dona N.

Ah, acho que sim. Porque a gente ainda trabalha. A gente batalha, a gente não tem nada pra fazer. Eu assisto a Canção Nova, depois eu vejo a novela. É assim... Dona E.

Residir na Vila Vicentina possui diversos fatores que contribuem para a Qualidade de Vida das idosas, como por exemplo, o fato de terem liberdade de ir e vir, poder manter contato estreito com a comunidade, de não se sentir sozinho.

Ah, é. Só de eu não ficar sozinha igual eu tava na Barcelona. Lá ma Barcelona ninguém ia na minha casa. Era muito difícil. Agora aqui um vem, chama pra ir na casa do outro. Dona L.

Ah, agora é uma vida boa, né? Tranqüila... só andar na rua. Acabo de almoçar deito um soninho. Na cama vou dormir um soninho... tá tranqüilo. Estou muito bem. Louvado seja Deus! Dona I.

No entanto, outros fatores que influenciam na Qualidade de Vida não são contemplados pela Vila. Como por exemplo, os pontos ressaltados por uma idosa que precisam melhorar que é o acesso aos médicos e às práticas religiosas.

Muitas vezes o acesso aos serviços de saúde se dá de forma precária, os idosos que na Vila residem precisam procurar atendimento nos postos de saúde, onde nem sempre são atendidos com prontidão. As idosas que podem preferem pagar uma consulta particular. Outra dificuldade para o acesso à saúde é a locomoção, visto que elas devem ir sozinhas ao posto, e muitas vezes estão sem condições de andar longas distancias ou tomar ônibus

sozinhas. Para elas, a melhor solução seria poder receber a visita dos médicos nas residências.

Dona A. também enfatiza a necessidade de um padre que venha celebrar missas na capela no interior da Vila, que é subutilizada sendo que muitas idosas não podem se locomover até a igreja.

Muita coisa menina. Aqui precisava de um padre pra fazer uma visita pra gente. Um médico. Nós precisamos de muita coisa. Pra dar uma visita né? O médico ainda falou pra mim que ele faz visita aí pros outros lados. E que eles não fizeram aqui. E aqui precisa, porque você que tem gente aí que não anda. Então uma visita. Aqui podia ter uma missinha pra nós. Temo tudo aí. Não tem nada disso aí uai! Dona A.

O sentimento de solidão também é relatado como um fator negativo de viver na Vila, o medo de morrer sozinha à noite, sem socorro é recorrente.

Então eu tô tão feliz (em ir embora). Porque se a gente passa mal à noite, a gente fica tão sozinha. É tão triste. Dona M.

No entanto, outras idosas acreditam que o que já lhes é oferecido é suficiente, seja pelo fato de que o atendimento prestado é de caridade e os Vicentinos não podem oferecer mais do que isso, ou pelo fato de terem vivido uma vida de privação e o que têm acesso hoje é mais do que estavam acostumadas.

Não, aqui tudo é bom. Mas a única coisa... Que eu não reclamo, tem gente aí que reclama que aqui devia ter um médico, que devia ter... Ah gente! Os Vicentinos não tem condições de contratar um médico pra por aqui. Então se a pessoa não pode... A gente sai, eu vou na policlínica, a hora que eu quero ir eu vou, se eu não puder ir é só ligar pra um deles que tem carro eu sei que eles me levam. Dona B.

Tá tudo bom aqui (risos) *mais bom* (sic) do que isso eu não preciso não. E pra gente que foi muito pobre, que é muito pobre, tudo pra gente é bom. Dona G.

6.3.3 Antes só do que Mal Acompanhada

A maior parte das idosas residentes na Vila não se casaram, não tiveram companheiros durante a vida nem filhos. O trabalho foi o principal motivo que provocou esta situação.

A vivência de ser uma mulher solteira, fato não esperado para sua geração, é abordada principalmente pelos aspectos positivos, talvez como forma de promover uma

melhor aceitação de sua situação. No discurso das idosas a maior vantagem de ser solteira é não precisar depender de ninguém, bem como não ter ninguém para se preocupar, para cuidar.

Maldita hora que ela casou. Eu falei pra ela: “Você podia ter ficado solteira, que você tava trabalhando, ganhando seu dinheiro e gastando só com você mesma.”
Dona V.

Como os valores da época em que as idosas viveram privilegiavam a mulher que se mantinha “pura” até o casamento, as mulheres que não se casaram não poderiam experienciar sua sexualidade. Nas falas das idosas elas expressam com orgulho o fato de nunca terem tido envolvimento sexual com homens.

Como esse sol que tá me alumando, se eu tiver mentindo pra você... Meu corpo é limpo. Ninguém nunca me deu um abraço fora do trio. E nem nada. Mas você acredita que eu passei isso tudo sem um arranhão. (...) Nunca aconteceu nada comigo. Não tem nada de pouca vergonha. De beber pinga com homem. De comer nada com homem. Nunca comi. Só você vendo os homem tudo que eu enjeitei. De todo lado. Daqui, lá de não sei aonde lá, de..., de..., não sei aonde lá. E vivia homem me esperando. Cantor... Nossa se você vê o caminhão! Só moço bonito. Eu não dei brecha pra eles! Nossa só você vendo aquele bando. Dona A.

Ao longo da vida, muitas idosas não encontraram um parceiro como gostariam e decidiram ficar solteiras ao invés de se casarem e reproduzir os casos de casamentos mal sucedidos, que muitas vezes levavam até a violência familiar.

Mas eu não dava mole não. *Os homem* (sic) tava tudo perdendo tempo. Eu ia deitar, arrumava minha cama e ia dormir. É assim, uma coisa que você quer não dá certo. Porque eu achava que se eu casasse com qualquer, eu não ia brigar nem nada, não tinha isso comigo, eu não sou disso. Acho muito feio. Se mostrar um namoro, uma amizade, depois fica assim um pegando na cara do outro, aí bate, joga água quente na cara do outro. Bate na mulher igual cachorro. Ih! Eu não posso ver essas coisa não. Dona A.

Ao assumir uma postura, revolucionária para o século passado, no qual era esperado que as mulheres se casassem e tivessem filhos algumas idosas decidiram privilegiar o trabalho em detrimento da família.

Pra você ver. Não apareceu nenhum José. Nenhum José que eu falo é um homem de verdade. Porque desde pequena eu brincava de pique. Que eu trabalhava. Não tinha tempo. Eu chegava na roça, cada um tinha a sua obrigação. Um vai olhar o descampado, os porco, as criação, outro vai carregar uma água, outro vai buscar lenha pra fazer o fogo, outro vai fazer isso. Se começasse a comuscar meu pai só fazia assim: “Hum, hum!” Pronto. (risos) Não precisava falar mais nada. Já falei muito agora. Não vou falar mais nada.
Dona N.

6.3.4 Pobre Velhinha... A Dificuldade da Criação da Identidade de Idoso e o Não Reconhecimento da Própria Velhice

A velhice é uma fase difícil de ser vivenciada, uma vez que a ideologia pós moderna prega os ideais de juventude e beleza, e nega, exclui tudo que é denunciante da velhice, em última instância esta ideologia prega a negação da morte.

E para nós, sujeitos sociais, que vivemos imbricados na sociedade acabamos partilhando, mesmo que parcialmente, destas ideologias. Daí a grande dificuldade de se estabelecer uma identidade enquanto velho, de se reconhecer na velhice do outro. Justamente por isso o outro velho é o denunciante daquilo que queremos negar, negar que podemos envelhecer, negar as rugas, os cabelos brancos, os esquecimentos, as doenças, o abandono, que somos perenes e que podemos morrer a qualquer momento. É neste movimento de negação que se encontra a dificuldade dos idosos criarem vínculos uns com os outros, pois criar vínculos é se reconhecer como velho também.

O movimento de negar a velhice é claramente expresso nas falas das idosas, elas se referem às outras idosas como velhas, incompetentes ou dependentes.

Quando foi esses dias ela (idoso doente) apareceu andando, escorada num rodo e foi no terço lá. Depois foi lá beijar a santinha, dando *uns passinho* (sic). Eu falei: “Graças à Deus!” Dona N.

A negação da velhice também é expressa pela necessidade de ressaltar que ainda pode fazer as coisas, que não se sente velho, que ainda possui saúde e capacidade para ajudar aos outros.

Porque ela não pode fazer. Ela foi costureira, foi professora, tudo. Mas olha como é que ela tá. Só assim beijando (movimentos repetitivos). Você já viu que ela beija? Assim. Eu não sei como é que ela faz. Dona A.

Faço tudo. Minhas coisa é bem limpinha. Você pode ver aí. Não tem nada sujo. Não precisa ficar com medo. Eu andei de gatinho (arrastando) esses dia. Mas você acredita que eu lavava os trem, eu varria. Eu não tenho nada, não tenho mijado na roupa, não tem nada não! Eu tô com esses ano tudo, não tem esse negócio de *guspir* (sic), esse negócio de vomitar. Não tem nada. Minha roupa é limpinha. Dona A.

Para as moradoras da vila, assim como na sociedade, “o velho” além de ser aquele sujeito que não possui capacidade para fazer suas próprias atividades, é aquela pessoa que

por não ser mais capaz de produzir possui tempo ocioso, e que precisa ser preenchido com alguma coisa.

Aí ele (o irmão mais velho) foi lá e fez faculdade, faculdade do Estado. Agora tá no Joazeiro fazendo Psicologia. Começou Direito e largou, agora tá fazendo Psicologia. Mas ele tem setenta anos. Eu falei: “Zé, quando você acabar a faculdade você já vai tá caducando.” “Ah, não to caducando não!” Mas eu acho que ele está estudando *só porque não tem o que fazer*. (grifo nosso) Dona V.

A dificuldade em se identificar com os idosos, e também com a própria condição de asilado fica evidente na fala de Dona B., que se identifica mais com os vicentinos do que com as idosas que convive no dia-a-dia.

Então aqui eu gosto daqui, é como eu estou te falando, eu adoro daqui. Eu não tenho nada o que queixar, eles tem amizade, eles tudo, os vicentinos todos gostam de mim, eu gosto deles. Dona B.

6.3.5 Liberdade Sim, Mas com Limites

A Vila Vicentina é coordenada pelos Irmãos Vicentinos, todas as decisões sobre o funcionamento da vila são tomadas em conjunto nas reuniões semanais da Conferência. Nas reuniões são discutidos temas como a aceitação de um novo morador, mudança ou reforma nas casas, ajuda financeira ou de remédios para os idosos, e qualquer outra ação referente ao funcionamento da Vila. Os idosos não podem participar das reuniões, neste processo eles são passivos diante da decisão dos Vicentinos. Tudo que eles pretendem fazer depende da prévia autorização da Conferência.

Se a gente mora aqui tudo o que a gente vai fazer tem que pedir licença. Porque a casinha é deles, é da Conferência. Eu já tinha acabado de pagar a parabólica. Vou comprar um telefone, porque a gente paga a prestação, eu comprei esse telefone e paguei cinquenta reais de dez vezes. Aí o Sr. A. não era mais presidente, já era o Sr. W. Aí eu falei: “W. você dá licença de eu colocar um telefone aqui?” Ele falou assim: “Bom, por mim pode, mas eu vou perguntar pros outros.” Uai, o que é que tem eu colocar um telefone aqui? Não é eu que vou pagar a conta? Mas eu tenho que falar não é? Dona V.

A característica principal da Vila Vicentina é a possibilidade de maior liberdade para os idosos residentes. Isso é o que a diferencia das demais ILPI's que prestam atendimento pautado nas instituições totais, ou seja, no qual todas as atividades da vida dos residentes, os horários e a possibilidade de entrada e saída são rigorosamente determinadas pela instituição. A Vila Vicentina proporciona a seus moradores uma maior liberdade e

individualidade, pois promove ao idoso a possibilidade de cuidar de suas próprias atividades da vida diária, bem como o direito fundamental de ir e vir. Com isso o processo de produção da identidade do idoso é implementado.

Mas é bom... porque aí se chegar domingo ficasse preso aqui também, aí a gente já achava mais falta né? Mas chega domingo, se a gente quiser ir passear com *uns parente* (sic) ou sair com alguma amiga pode sair. Só que chega de tarde tem que voltar, senão tranca o portão. Dona L.

A promessa inicial de liberdade, na prática muitas vezes é percebida como ilusória, há sim a liberdade de ir e vir, mas ela é limitada aos horários da instituição. Existem normas que pela Direção são necessárias para o bom funcionamento do local, as quais na verdade não agradam a maior parte dos moradores.

Faz uns três meses que ela contou pra mim (Dona M.)... porque às vezes eu ia lá conversar com ela, pra dar uma ajuda quando ela precisava... aí ela falou que ia mudar mas que não era pra contar pra ninguém, mas pra que eu ia contar? Depois que ela tava aqui ela (Dona M.) foi um dia pro Rio e chegou de lá de tarde, consultou e voltou no mesmo dia. Aí ela disse assim que aqui não pode sair. Que antes de deitar a dona B. fecha a porta. Agora se você precisa sair, às vezes você vai... você fala: “Dona B. eu vou chegar oito horas, oito e meia.” Aí ela vai e abre. Agora eu não gosto de... eu não saio de noite por causa disso. Porque se eu sair e chegar oito horas, ela vai e abre, mas eu não gosto disso. Aí quando eu morava lá com minha irmã eu podia chegar em casa de noite e não tinha problema, eu tinha a chave de lá. Dona V.

O descontentamento com a regra dos horários rígidos para o trancamento do portão fez com que alguns idosos saíssem da instituição. Outros idosos também expressaram desejo de sair no futuro pelos mesmos motivos.

Até que aqui é bom. Dá pra viver. A gente é... como é que fala? Eu finjo de surda e de cega. E vai levando... Até que deu, né? O mais complicado é isso mesmo. Às vezes acontece alguma coisa mas a gente vai levando, né? (silêncio) Ah eu prefiro não falar, não... Tem coisa que a gente achava que era de um jeito e chegou era outro e não tive como mudar. Porque aí (...) é melhor não falar. Dona M.

Uma dona aí (Dona M.) vai mudar coitada! De muleta. Por quê? Ela não pode sair. Tem que ir numa reza de noite. Não pode! Portão trancado! Não pode ir numa reza. Não pode sair pra nada. Não tem quem fale que não. Nos precisa de ajuda. Em outros lugar aí tinha até carro, caminhonete, um jeep velho. Tudo pra levar a gente. Agora aqui não. Aqui não tem uma carroça deles aí. Esse povo que comanda tudo tem carro. Não tem uma carroça deles aí pra buscar a gente pra ir numa missa. “Eu vim buscar vocês pra ir numa festinha. Eu vim buscar vocês pra ir num jogo.” Nesses lugar tudo eu já fui. Porque tinha os carro. Agora aqui não tem nada. Aqui tamo num buraco do tatu! Trancou lá cabô! E não carrega pra missa, pra nada aqui de noite. Nem chegar ali no portão. No tempo que eu tô aqui não. Nada, nada, nada. Ainda não vi nada. Não vi festa aqui. Dona A.

(quer comprar uma casa) Ah, porque a gente tem mais liberdade, é a casa da gente. Eu gosto muito de ir à noite, na missa. Quando tem essas festa na igreja, assim. E depois tem essas quermecinha, a gente senta lá e fica proseando. E volta às dez, dez e pouquinho. Aqui não pode. Vai à missa, e quando a missa acaba tem que sair correndo. Aí eu pego e não vou. Eu vou à missa só no dia de sexta-feira. Na minha casa eu tenho mais liberdade. A minha irmã passeia que passeia! Ela vai em tudo que é lugar que ela quer ir. Eu vou à missa só ali, porque eu gosto dali. Eu fui criada ali. Eu vou à missa lá na sexta-feira. Teve uma festinha lá, uma quermecinha lá. Que vontade de ir... sentar lá, ficar proseando. Eu acho que podia. Você não acha? Não é mesmo. Porque essas festa, essas quermesse não fica até tarde. Dez horas tá terminando. Dez horas a gente vem embora. Mas não aceita de jeito nenhum. Dona I.

No entanto uma idosa reconhece a necessidade das normas para o bom funcionamento da Vila e que residir na Vila é facultativo, quem não se adapta possui total liberdade para sair.

Tem o regulamento, quando vem ver a casinha já tem o regulamento. Tal hora fecha, tal hora abre. Não precisa da pessoa falar que eu gosto de dançar, que eu gosto de sair à noite. Não precisa de nada disso. Se tiver um compromisso assim de igreja, uma coisa de extrema necessidade, tem que explicar. Fala com a dona que toma as providências. Eu obedeco direitinho. Procuo não amolar. Então é essa a vida. Se quiser ficar, fica. Se não quiser ninguém vai segurar não. Porque cada um tem sua vontade. É livre. Dona N.

6.3.6 A Tomadeira de Conta

Dona B., que também é uma Vicentina e reside há um tempo considerável no local, acabou assumindo funções de ajudar na coordenação da Vila, uma vez que os Vicentinos exercem suas atividades de trabalho durante o dia e não tem disponibilidade de estar presente o tempo todo. Desta forma, Dona B. acabou assumindo algumas funções, como recolher o dinheiro das contas, de ajudar alguns idosos, de coordenar os serviços que são feitos dentro da Vila, de repassar recados e, principalmente, de fechar o portão à noite.

E o que eu falei com o Sr. W. (atual presidente) outro dia, que brincando, brincando já vai fazer vinte, vinte e nove anos que eu tô no meio deles aqui. Então eu já entrei no mundo dos vicentinos. É que às vezes muita gente pensa que eu quero ser... Não é. É que eu gosto disso, gosto de ajudar eles. Uma que eu sou vicentina. Eu tenho a..., o..., o meu como é que fala? Que eu fui proclamada, que eu tenho o proclame de vicentina. Como esses tempos prá trás saiu uma conversa lá que. Uma pessoa que veio conversar comigo. Aí foi falar com uma outra vicentina que... Como diz o outro eu vou falar o santo mas não vou falar o nome. Aí a pessoa pegou e falou: "Ah eu já conversei com a dona B. e já tá tudo resolvido". Dona B.

No entanto esta postura ativa dentro da Vila é interpretada de forma ambígua pelos outros idosos que lá vivem. Muitas vezes é uma relação de orgulho e reconhecimento pelo

seu esforço, apresentado pelo carinho com que os outros a tratam. Outras vezes ela é tida como a própria corporificação das relações de poder.

"A senhora que..., que... (como é que fala?) que toma conta aqui?" Aí eu falo: "Não, quem toma conta é Deus, eu dou só uma mãozinha, né?" Então eu faço o que eu posso aqui dentro pra eles. Aí eu peguei e falei pro Sr. W (atual presidente): "Oh W. o caso é o seguinte, que surgiu uma conversa aqui que eu não sou, que eu não mando nada aqui dentro." E ele falou: "Não, a senhora manda sim, porque se não fosse a senhora como é que a gente ia fazer aqui?" Aí eu falei: "Não, mas surgiu essa conversa que eu não mando nada aqui, mas tá certo eu posso não mandar. Mas que eu não sou vicentina? Eu sou vicentina!" Aí mostrei o papel (o proclame da Ordem Vicentina) e falei: "A prova tá aqui, tá aqui oh!" Eu não participo da reunião do centro porque eu reconheço o meu lugar. Eu sou assistida. Então sendo assistida eu não posso participar, né? Dona B.

Nós *entramo* (sic) aí, ele já tinha falado que a dona B. tomava conta aí. Dona V.

Da primeira vez que Dona B. morou na Vila, o fato de ajudar na coordenação lhe rendeu desavenças, ao ponto de se tornar uma relação insustentável e precisar se mudar para outro local.

Eu tive fora daqui o tempo em que eu tive lá nas Três Bicas, você tá sabendo. Mas eu saí não foi por nada não, não foi por eles não. Foi por duas mulheres que morava aí. Deus que tenha alma delas em bom lugar porque já morreram também. Então as duas começaram a implicar comigo. Não sei se elas tinham inveja de mim. Porque tudo eles vinham comigo, até hoje. Qualquer coisa eles vem. "Ah procura a dona B. que ela resolve lá." Então eu que tenho que resolver. Então elas ficavam me in..., uma não, uma não me insultava não, mas as duas eram assim oh! E a outra, às vezes que eu tava subindo aqui, que eu morava ali em baixo, aqui, aqui. Então eu tava subindo aqui, ela passa e escarrava e rahhh! Dona B.

O reconhecimento da importância do trabalho de Dona B. é expresso por alguns idosos, que a consideram como intermediária dos Vicentinos, como alguém que ajuda no bom funcionamento. Dona N. reconhece sua importância e ressalta sua posição de tentar incomodar o menos possível.

Tem a dona Vicentina que é tomadeira de conta, ela é vicentina né? (...) E eu aqui eu procuro ocupar no último caso. Porque a B. aí. Pôs um telefone lá no quarto dela, e eu num gosto disso daí. Então eu quase não ocupo. Só ocupo em caso de emergência. Eu dou um telefone pra recado. Quando é um caso de clínica precisa de ter um telefone, qualquer coisa caso você não puder comparecer a gente liga. Eu acho certo. Ela informa, vem na porta, dá o recado. E se a gente sentir mal, ela vê que não abriu a casa, ela vem com a chave dela entra e vai ver o que aconteceu. Dona N.

Muitas vezes Dona B. é tida como o sujeito que exerce o poder, que determina as normas vigentes da instituição, que pode determinar quem vai morar na instituição, o horário de entrada e as normas.

Então a tomadeira de conta não quer homem, não quer porque dá muito trabalho. Eles querem ficar indo pra fora, quer chegar a hora que bem entende. Fica tocando a campainha, ela precisa sair da cama. E ela já tem idade. Tem tudo isso daí. Dona N.

E quando eu preciso ir na casa de um parente, se eu vou demorar é só eu avisar lá a Diretora. Ela segura... a gente vai. Só que a gente não vai é a noite. Porque aqui fecha tudo cedo. Seis e meia, sete horas fecha o portão. Aí nós tamos aí. Dona T.

6.3.7 Trabalho: Relação de Libertação ou Escravidão?

Foram relatadas diferentes vivências com o trabalho. Para algumas destas mulheres o trabalho significou libertação.

Libertação de uma relação familiar difícil, como Dona E. que fugiu de casa por causa da violência do pai, precisou morar sozinha e logo arrumou um emprego.

Aí eu tive sorte, arrumei um emprego, lá da loja Conde. Aí eu fui pra lá e fiquei uns quatro anos mais ou menos. Aí eu saí de lá. Ah como que eu gostava, *eles tratava* (sic) eu como se fosse de casa. Eu já trabalhei em uma porção de casa aqui em Varginha, como empregada, eu fiquei numa casa dois anos, numa casa quatro anos, noutra casa uns mês, uns dois três mês só. Foi desse jeito a minha vida. Morando nos emprego. Dona E.

Libertação como mulher que vai a luta para construir sua vida na cidade grande, como Dona N. que foi para São Paulo ganhar dinheiro.

Eu fui criada lá na roça, não ganhava nada porque trabalhava com meu pai pra ajudar ele. Eu ajudava a plantar milho. Nós ganhava pra plantar meio. O direito dos operário, dos trabalhador da roça de primeira era assim, o patrão dava as terra pra plantar de meio e dava a casa pra morar. Podia criar uma galinha, podia engordar um porco. Foi assim que eu fui criada, na fartura. Eu fui ser pagem dos outros, eu tinha treze anos. Trabalhei de cozinheira... trabalhei de lavadeira, de passadeira. Trabalhei na lavanderia. E vivi minha vida sempre trabalhando. Ajudando o meu irmão e a minha irmã. Aí eu fui pra São Paulo. Quer dinheiro vai pra São Paulo. Aí eu fui pra lá. Lá eu fui ganhar dinheiro. Ganhei o dinheiro e segurei. Dona N.

Libertação de uma mãe que viúva precisou assumir as funções de pai para criar as três filhas

Como é que eu ia ficar na casa se eu não tinha dinheiro? Aí o primeiro serviço que eu fiz na minha vida, porque eu nunca tinha trabalhado fora. O moço um vizinho meu, porque eu morava em Santa Efigênia, ele ia abrir uma cisterna e ele não tinha quem ajudasse ele. Aí ele pegou e falou: "Ah amanhã eu ia abrir uma cisterna, mas eu acho que eu não vou porque eu não achei quem me ajudasse." Aí eu olhei e falei assim: "Abrir cisterna como seu Antônio?" Aí eu falei: "Mas ajudar como?" Ele: "Eu fico lá em baixo e a pessoa tem que puxar terra pra cima." E eu falei: "Então eu ajudo o senhor." "Mas você ajuda dona B.? Você agüenta?" Eu falei: "Ah é claro que eu tenho que agüentar! Tirei carteira de trabalho, de saúde, tudo, aí que eu comecei a trabalhar. Num bar, em balcão, tudo. O último lugar que eu trabalhei em Belo Horizonte foi num Hotel... no Metrópole, lá na rua da Bahia. Dona B.

Libertação da família, com a busca da independência.

Entrei lá pra trabalhar e saí de lá aposentada, foi o único serviço que eu tive. Eu comecei a trabalhar (como faxineira) foi com vinte e oito anos e já foi pra escola do Estado. E comecei lá e no começo eu comi o pão do diabo a quatro, como o povo fala. Aí fui efetivada e pronto, agora eu posso gritar e falar porque o povo não pode me mandar embora. Eu sou efetivada, só o governador pode me mandar embora. Dona V.

Eu era funcionária lá no Lar São Vicente, mas eu morava lá. Eu fiquei dezesseis anos trancada lá, trabalhando de carteira assinada. Tanto que eu aposentei lá, mas eu... lá que eu morava, lá que era minha vidinha. Eu tinha um quatinho bom, você precisa de ver. Eu gostava. Antes de morar lá eu era empregada doméstica. Ih, morei de mais (na casa dos patrões). Fui quase que criada na casa dos patrão. Porque eu gostava. Até a minha mãe... antes da minha mãe morrer não! Eu vivia na minha casa, mas depois ficou chato. Dona I.

O trabalho também pode assumir um papel alienador, segregador e até mesmo escravizador. Era comum que moças de classe baixa, ainda jovens, fossem para casas de famílias abastadas com a promessa de completarem seus estudos, e ao chegar lá tornavam-se empregadas de baixo custo, uma vez que trabalhavam simplesmente a troco de alimentação e moradia, sem descanso e sem salário. Estas moças eram impedidas de manter relacionamentos sociais, viviam apenas para o trabalho. Até que um dia ficavam velhas e não serviam mais para trabalhar, e assim eram descartadas pela família para qual prestaram anos de serviço. Essa é a vivência mais comum entre as idosas internas na Vila, tal fato acontecia com as mulheres, pois eram serviços totalmente ligados ao gênero feminino.

Olha a vida foi essa mesma. Eu morava na casa de uma advogada. A Regina. Eu morava muito bem, me tratava muito bem. Eu inventei de vir pra cá. Primeiro eu vou contar pra você, eu trabalhei no lar São Vicente, um tempão, nem sei te falar quando que era. Acho que eu fiquei uns cinco anos ou mais (morando) por lá. Trabalhando lá pra eles, fazendo de tudo por lá. Dona A.

Eu fiquei muito tempo morando no emprego, cuidando de pessoa doente. Com Alzheimer, problema *nos nervo*. Ela não tinha saúde desde a idade de dezessete anos. Aí eu tava trabalhando, lavando roupa pra fora e morava uma casinha lá perto da minha sobrinha, lá na Barcelona. Mas faz muitos anos. Aí eu mudei pra lá. Depois esse pessoal que foi atrás de mim pra trabalhar pra eles, eu tava

trabalhando por dia, lavando e passando, depois chegava em casa um pouquinho mais tarde eles ia lá pra casa e pedia pra mim ficar tomando conta da moça, era irmã da moça, a que eu trabalhei agora bastante tempo, a que era doente. E a mãe dela morreu. Ela ficava sozinha pra mim ir na reunião, que eu sou do apostolado, chegava domingo duas horas eu tinha que ir na reunião. Aí eu falava: “Dá pra eu ir na reunião?” “Ah, acabando a reunião você volta!” Eu sempre ia na rua assim depressa, acabando eu saía correndo. Nem saía já tava de volta. Pra não aborrecer, né? E eu falei: “Oh, terminando eu fui a primeira a sair, eu fui até sem educação.” Ela dava risada. Mas eu era assim, se não der não vou, né? Tudo quando pode. Ela (irmã) falava assim: “Eu vou arrumar uma pessoa pra deixar com ela.” E ela falava: “Quem que é você?” “Ela veio pra ficar com você enquanto a Lourdes tá na reunião.” “Pode ir embora, não quero não.” Ela tocava a pessoa pra ir embora, que a pessoa ficava sem graça e ia embora. Dona L.

6.3.8 Futuro? Velho Não tem Planos para o Futuro

Na velhice experienciada como o fim da vida, mesmo em idosos ainda relativamente novos, não cabem planos para o futuro. Há uma idéia de que tudo que havia para ser vivido já passou e que agora não há mais nada para se fazer, a não ser esperar a morte chegar.

Gente da minha idade não tem plano pra futuro não. Você acha que tem? Não tem não. Dona N.

Eu espero morrer, descansar. Eu vou fazer oitenta e um agora dia 15 de abril. Eu vou fazer oitenta e um anos. Então eu... o que eu quero só é morrer. Ah, mas eu estou muito cansada... muito cansada. Tem que arrumar casa, tem que trabalhar, não pode parar não. Tem que sair, ir no supermercado fazer compra das coisa, eu pago pra trazer, aí mesmo assim... eu tô muito cansada. Dona E.

Pro futuro? Ah, eu não tenho nada de projeto não. (risos) Na minha idade também... não sei não. Não tem nada não. Dona L.

A falta de planos para o futuro também está ligada à falta de condições. Como ganham muito pouco, apenas um salário mínimo, nem há a possibilidade de se planejar algo diferente para se fazer, sair da atual condição. Mesmo com essa impossibilidade de planejar o futuro, da falta de condições e até mesmo da solidão o discurso é de gratidão, pois se não fosse pelos Vicentinos estariam em piores condições.

Eu acho só... que pra mim, por enquanto a minha vida tá boa sabe porque? Se eu sair daqui? Onde é que eu vou morar? Eu não posso pagar lugar pra ficar. Eu não ganho nem salário mínimo. Eu tenho que morar numa casinha dessa pra não pagar aluguel, não pago água, e só contribuo na luz, porque a luz eles não vão dar de graça pra gente. Mas graças à Deus eu até to satisfeita com a minha vida. À vezes eu fico pensando assim, eu tô aqui de noite sozinha... Mas o que? A vida é assim a gente nasce sozinho e morre sozinho. Meu pai tava velho lá e

morreu. Chega de manhã cedo eu olho assim e tá tudo branquinho... mas eu não tô mal satisfeita aqui não. Eu tô bem aqui. Dona V.

A religiosidade também influencia o não planejamento do futuro, a doutrina religiosa prega a aceitação das condições de vida e muitas vezes uma atitude passiva de se esperar por providências divinas.

Mas agora eu não tenho nada não. Agora se Deus me der eu aceito. Aceito porque eu não vou levar nada pra outra vida. Eu tô com Deus. E eu ainda dou conselho pra você também. Pensar só as coisa boa, pra frente. Dona A.

As idosas mais ativas ainda preservam a capacidade de planejar o futuro, mesmo que sejam planos simples, como apenas viver mais, ou comprar uma casa, e elas muitas vezes acabam sendo criticadas pelos outros, preferindo até mesmo manter em segredo seus projetos de futuro.

Pro futuro? É eu viver mais uns anos. É só isso que eu quero. O povo ri de eu falar. Eles falam que a morte é descanso. Ah, ah! Se a morte é descanso eu quero é viver é cansada. E eu falo e tem outra coisa, eu quero viver mais uns anos. Eu vou fazer oitenta e um agora mês que vem, graças à Deus. Mas eu falo, se eu ver a morte lá eu falo não para lá e deixa eu viver mais um pouco. Não graças a deus, é muito bom. Tem que viver bem, saber viver. Dona B.

Não, não tenho plano não. Só o que eu quero é saúde. Saúde eu quero pra mim e pra todo mundo. Felicidade. Saúde, felicidade, é só isso que eu quero. Não tenho projeto não. Só saúde pra continuar tá muito bom. A saúde é que manda né? Dona G.

Tenho. *Eu ainda quero comprar uma casinha pra mim (sussurrando).* Eu tô fazendo isso ó! Mas se eu não comprar eu não me incomodo não. Ah, já não sou nova mesmo mais, né? Eu quero comprar uma casinha e morar sozinha. Eu estou ajuntando dinheiro. Economizando. Dona I.

6.3.9 Relações Afetivas: Cuidados de Um Com as Outras

As relações afetivas entre as idosas da Vila se dão muito de forma funcional. Quando uma necessita da ajuda de outras, prontamente é atendida. Há um laço de proteção estabelecido entre as próprias idosas de cuidarem umas das outras.

Eu ajudo. Não é eu que ajudo é Deus que me incentiva. Tanto aqui, quanto lá fora também. Os vizinhos aqui do lado, se eles precisam de um gás eles vem atrás de mim... um remédio eu que tenho que, né? Graças à Deus, eu dou graças à Deus! Às vezes eles vem me pedir até dinheiro emprestado. Quando eu tenho... Quando eu não eu não tenho eu falo: "Eu não tenho." Mas às vezes eu tenho, porque o povo paga aluguel tudo comigo, aluguel não, o dinheiro que eles pagam da luz e do telefone. Aí eles pagam e tem uns que pagam o plano

da..., da..., plano da plamafe, que é da funerária, então fica tudo aí. Às vezes do meu mesmo eu não tenho, mas eu falo: "Bom, o caso é o seguinte, meu eu não tenho mas eu posso te emprestar." "Ah tal dia eu te pago a senhora". "Ah tá bom, se você me pagar tal dia porque isso aqui eu tenho que pagar tal dia." A mulher veio aí e ainda tava sem gás, ela tinha recebido mas tinha gastado tudo já, né? Aí eu liguei pra lá e pedi o gás se ela podia pagar... na minha responsabilidade... pra ela pagar agora dia trinta, porque vinte e oito é sábado e vinte e nove é domingo, né? Dona B.

Todo dia! Todo dia! Se eu saio eu deixo as vasilhinha de comidinha pronta, o arroz. Porque às vezes os outro fala que é ela que dá. Ninguém leva um café na porta desse povo aí. Aí eu já dou pra ponteira (Dona B.) lá em cima pra ela arrumar o prato pra ela, direitinho. Se é carne tudo. Aquele arroz bem feito. Não é coisa maçofoca nada. Prato mesmo do restaurante. Pra ela comer. E ela come tudo! Quietinha. Dona A.

Só quando o outro tá precisando, tá meio doente a gente vai oferecer pra fazer alguma coisa. Tá meio doente faz uma caminhada, a gente procura ir junto levar na caminhada, devagarinho e volta. Dona L.

Ocorre também, em menor frequência, o estabelecimento de vínculos mais estreitos entre algumas idosas, que se identificam mais e passam a realizar atividades juntas, como foi o caso de Dona A e Dona M.

Sabe onde que eu tinha vontade de ir? Lá na festa do Padre Victor. Aí falei com a dona (Dona B.) ali: "Vamo lá no Padre Victor agora?" E ela falou: "Vamo!" Aí subimo por aí, procurarmos um ônibus e fomo embora. Você acredita que eu fui lá, andei. Mas achei uma maravilha! Tem uma de muleta que não sei se você já viu aí. A dona M. Ela foi também, ela não tava boa ainda. Você acredita que essa mulher andou a cidade tudo com a muleta. E depois *viemo* (sic) embora. Você acredita? E eu tava ruim, pra você ver como Deus ajuda. Eu tava ruim. Um me dava a mão, até as criança. "Me leva ali na calçada." Você acredita que eu fiz isso? Dona A.

Eu só fico com um pouquinho de pesar (de ir embora) por causa da Dona A., ela fica falando umas coisas. Ah não sei, eu gosto, sou tão apegada nela. E ela fala assim de um jeito. Hoje ela falou pra mim de um pé de abobrinha. Ela falou assim pra mim: "Eh M. você não vai esperar pra comer a nossa abobrinha." E falei assim: "Eu vou voltar." Mas eu fiquei assim sabe? Isso deixa eu meia... Ah não. Eu apego muito nas pessoas. Essas coisa faz a gente sofrer não faz? Dona M.

As poucas vivências de afetividade experienciadas pelas idosas interferem na formação de sua identidade grupal, ainda muito fragmentada. Por vezes se sentem pertencentes a um mesmo grupo, por vezes não se reconhecem como tal. Nos dizeres de Dona V. ainda falta união.

Tem um homem aqui que veio fazer ginástica pra gente. Um tal de P. (...) Ele vem no sábado, dá *uns exercício* e depois tem *uns joguinho* (sic). Dominó e não sei o que lá. Eu acho assim. Tem coisa que eu não concordo, mas eu vou porque se eu tô morando aqui eu tenho que ir, né? Mas tem muitos que não vai. Por exemplo, essa daqui não vai porque acha que é bobagem. Aquele magrinha também não vai. Diz que é bobagem. Eu digo: "Gente, mas eu não gosto. Ah a

gente já tá velho, pra que fazer exercício?” Eu não gosto mas eu vou. Porque se as outras vão, porque eu não vou? Isso que eu acho. Eu acho que devia unir. Nem que fizesse um pouquinho só de exercício, se num quisesse jogar ficava ali olhando. Dona V.

Eu me dou bem com as outras pessoas. Graças à Deus. Elas que são *as companhia* (sic). Aqui tem que se dar com todo mundo. A gente vem na reunião, a gente vem pedir e aí eles já falam que tem que combinar com todo mundo. Ah, mas também esse povo é muito bom. Dona G.

A afetividade também é expressa de forma negativa, através da dificuldade de relacionamento que existe entre as idosas, uma vez que são pessoas com histórias de vida e culturas bastante heterogêneas é comum que surjam conflitos. As práticas que para uma idosa são comuns, podem não ser bem aceitas por outros, como no caso do conflito entre Dona A. e Dona N.

Eu já caí aí esses dias. Não sei se eu te falei. E o povo ainda falou que é pinga. Diz que é pinga... deixa. Essas pessoas inventa assim, sem te conhecer, sem saber quem você é... nada. Não! Eu falei pra você que a mulher dos olho furado (Dona N.) veio aí na minha porta com um santo, um pano. Eu nem num sei o que é. Eu num falei nada. Ela chegou e falou assim pra mim: “Você não é de nada! Você não é de nada!” Eu falei: “Eu tenho santo aí. Até debaixo da cama. É o Santo Deus.” Não fiz desfeita pra ela não. Você acredita que a mulher não sossegou o rabo. E voltou outra vez. A dona B. que comanda aí, tava aí na porta. E a mulher chegou e passou na frente da dona B. e falou pra mim assim: “Você é uma mulher à toa, você veio sujar aqui.” E a dona B. não dá conta nem dela, não presta também. Porque consente, mulher à toa. Tá certo não, puxar conversa dessa, mas eu não falei nada. Deixa pra ela. Porque ela já tem o olho furado. Ela furou o olho. Vocês tudo pode ficar sabendo. Eu não sou de nada mesmo. Nunca mexi com ela. Nunca fiquei de conversa com ela. Do mesmo que você vier aqui na minha casa e ficar me desafiando. Nunca fiz nada com ela, nunca tinha encontrado de conversa com ela. Dona A.

A da direita (Dona A.) veio morar aí. Ela deu um show danado. Você acredita que eu falei com os vicentino e eles arrumaram outra casa e botaram ela pra lá. Então, porque ela bebe um golinho e fica amuada. Porque eu acho que ela sendo uma benzedeira de criança. Entendida desde pequena. Ela não deveria fazer isso. Mas deixa, eu falei e ela não gostou. Ela tem a boca leve, ou boca suja, né? Então aí começou a me perturbar com muito barulho de noite. Falatório a noite inteira. Caía no chão. Ficava chamando uma pessoa pra vim levantar ela. Mas não falava que ela tava caída. E eu ouvindo tudo. E ela pegava e travava a porta. A dona B. tentava entrar mas não entrava. Diz que ficava no chão a noite inteira. Depois que sarava levantava, né? Deitava na cama e ficava de molho o dia inteiro. Quando vê de noite era a mesma ladainha. Música alta... Eu na minha casa toco minhas música, tenho meus cd, música alegre, de oração, de Deus. Tenho meu cd de música caipira que eu gosto. Tenho minhas música que eu gosto, mas tudo baixo. Não gosto de nada exagerado não. Dona N.

6.3.10 Asilo: um Futuro Sempre a Espreita

Viver na Vila Vicentina, apesar das dificuldades encontradas, é uma experiência de grande satisfação. É uma possibilidade ímpar para as idosas que sabem que não fosse a Vila estariam em condições de assujeitamento, seja na casa de um parente que não agrada com sua presença, sozinhas em um apartamento ou cerceadas em uma ILPI tradicional.

O reconhecimento desta condição diferenciada, de poderem realizar suas atividades cotidianas e ainda possuírem o direito de ir e vir (mesmo que parcial) traz à tona a preocupação com o futuro. Pois para continuar na Vila é necessário que o idoso possua capacidade de realizar suas atividades habituais, uma vez que o local não pode oferecer apoio técnico aos idosos.

Quando os idosos começam a sofrer de doenças incapacitantes, e a ajuda das outras idosas não é mais suficiente para mantê-los nas casas da Vila, então é necessário recorrer a uma ILPI tradicional, que possui cuidadores no quadro de profissionais. Este é um temor expresso em muitas entrevistas. Desde o primeiro contato com a instituição a fala mais recorrente que tive acesso era que gostariam de morrer ali a ter que irem para o Asilo da cidade.

Uma posição mais conformista – antecipando a possibilidade da família não querer de volta um velho doente em casa, pois este é um estorvo com o qual a família não pretende arcar – da necessidade de precisar recorrer a uma ILPI quando não puder se manter sozinha é expressa na fala de Dona V.

Eu só falo assim, que quando eu não puder fazer as coisa aqui eu vou pro Lar.
Eu não sei. Não sei se eu vou ter algum parente que vai querer... que vai cuidar.

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÕES

A partir dos resultados dos questionários sócio-demográficos, da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e das entrevistas realizadas com os sujeitos residentes na Vila Vicentina, ficam evidentes as singularidades desta instituição.

Por se tratar de um estudo de caso de uma Vila com características bastante diferenciadas, como por exemplo, sua ligação com movimentos religiosos, fica notória a homogeneidade da população estudada, uma vez que é realizada uma sindicância para escolha dos moradores, seguindo um mesmo padrão.

Podemos perceber, tanto no resultado da Escala de Qualidade de Vida, quanto nas entrevistas individuais, que a maior parte dos idosos entrevistados relatou possuir elevado nível de qualidade de vida. O escore geral de qualidade de vida do WHOQOL-bref alcançado pelos residentes da vila foi de 71,77%, um índice bastante elevado, com um DP $\pm 2,11$, que demonstra uma variação na percepção da qualidade de vida.

O discurso das idosas corrobora com resultados da escala; em sua maioria auto-avaliaram suas vidas como possuindo qualidade, mesmo quando mencionaram pontos negativos. Conforme dito em outros estudos (Néri, 2001; Chepp, 2006) a Qualidade de Vida é um constructo subjetivo que possui diversos componentes que podem influenciar na sua percepção. Mesmo havendo condições objetivas que podem diminuir a qualidade de vida do sujeito uma visão positiva da vida pode garantir-lhe uma percepção positiva da qualidade de vida.

O resultado da Escala de Qualidade de Vida demonstrou que na presente população o Domínio Psicológico obteve os escores mais altos (72,92) na população, dado este que pode ser corroborado com as entrevistas. Quando questionadas sobre a qualidade de vida as idosas emitiram avaliações positivas, em sua maioria permeadas pelo discurso religioso – a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais é uma das facetas que compõe o domínio psicológico.

Este domínio se faz marcadamente presente tanto no resultado da escala quanto nas entrevistas devido as próprias características peculiares da população estudada, bem como da própria instituição. Em geral, os idosos estudados, pelo momento histórico e cultural em que nasceram, bem como pela localização geográfica (cidade do interior de Minas Gerais) foram fortemente marcados pela religiosidade. Conforme demonstrado pelo questionário sócio-demográfico todas as idosas residentes na Vila são católicas praticantes, e a maior parte das Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) que praticam é religiosa.

O próprio fato de irem residir na Vila também está ligado à religião, uma vez que a Vila é coordenada pelos Vicentinos. Apesar de a crença religiosa não ser um critério de seleção explícito pelos Vicentinos, fica evidente que influencia na escolha para entrada na instituição, bem como em sua permanência.

Os Vicentinos realizam um trabalho caritativo, o qual possui como princípio a ajuda ao próximo que, no entanto resguarde sua autonomia e o ajude a se desenvolver. Essa postura dos Vicentinos possui duas implicações na vida dos residentes. Em primeiro lugar, de qualquer forma, os idosos se sentem dependentes da caridade alheia, o que aparece frequentemente em sua fala. Como precisam da ajuda dos outros para se manter, tudo que lhes é dado deve ser recebido sem questionamentos; desta forma não devem reclamar das condições do local, das normas, dos vizinhos. É uma imposição velada de estar tudo perfeito, que por vezes escapa em falas informais fora do momento de entrevista, em atitudes como a saída da instituição, ou com a baixa procura de idosos para residir no local, que anteriormente contava com fila de espera.

Outra consequência do modelo de serviço prestado pelos Vicentinos é amparada pelo princípio de manutenção da autonomia e auto-responsabilização do sujeito pela sua própria vida. Essa postura impossibilita a manutenção de um estado de passividade experienciado pela maior parte dos sujeitos que em algum momento de sua vida necessita de algum tipo serviço de caridade. Desta maneira o sujeito se vê implicado com sua própria vida, o que demanda dele uma postura ativa. Na Vila tal fato fica evidente desde as pequenas atividades, até na forma como as próprias idosas realizam suas AVDs (atividades da vida diária) e ainda precisam organizar-se entre si para ajudar as duas outras moradoras que não conseguem realizar tais atividades de forma satisfatória. Tal postura não fica restrita apenas às AVD's, mas a todas as atividades realizadas dentro da Vila. Somente quando não há possibilidade de realizarem determinada atividade é que os Vicentinos ou a comunidade são requisitados.

O fato de estarem responsáveis pela própria vida, mantendo ainda um alto grau de autonomia está intimamente ligado com a presença de sentimentos positivos para com a vida. É necessário levar em consideração que a população estudada é composta por mulheres que viveram uma vida ativa, independente e produtiva. Todas as idosas do estudo, trabalharam de forma remunerada, principalmente com tarefas domésticas – por significarem uma tarefa feminina para a época e por não requererem alto nível de instrução. Conseguir manter este padrão de atividade ainda na velhice é motivo de satisfação, diferente do que acontece nas Instituições de Longa Permanência tradicionais,

nas quais o indivíduo se vê assujeitado, totalmente à mercê das normas institucionais e vivendo na ociosidade.

A autonomia também está relacionada ao desempenho de diversas atividades e, para realizar mesmo as atividades mais cotidianas, o idoso necessita desenvolver e manter determinadas habilidades relacionadas às outras facetas do domínio psicológico são elas: pensar, aprender, memória, concentração. Para se realizar uma atividade simples como utilizar o telefone para marcar uma consulta médica, são necessárias todas estas facetas. Assim, mantendo-se ativas as idosas conservam por mais tempo estas habilidades.

Com relação às facetas da auto-estima, imagem corporal e aparência física, é sabido que durante a velhice elas tendem a decair, principalmente pelo fato de que a velhice está associada a aspectos negativos. No discurso das idosas vemos claramente esta desvalorização do velho e da velhice, afinal convivemos diariamente com o culto à juventude, o que torna uma tarefa difícil fundar e ainda mais se identificar com uma estética da velhice (Debert, 1999). Sobre isso Bosi (2003) acrescenta:

Faz parte da estética neocapitalista o desprezo pelas coisas gastas, usadas, com marcas do trabalho e da vida. Preferem-se objetos novos, frios, protocolares. No entanto, os velhos objetos estão impregnados de biografia e de memória (p.167).

Pelo próprio processo de envelhecimento já é esperado que na população idosa haja um decréscimo na auto-estima, imagem corporal e aparência física. Como ocorreu nos relatos das idosas, contudo, nesta população, observamos que o decréscimo destas facetas ocorre de forma menos acentuada do que em idosos que residem em ILPI's tradicionais. Uma possível explicação para tanto pode ser o fato destas idosas serem reconhecidas como sujeitos, por serem ativas e manterem sua individualidade. Diferentemente do que ocorre nas ILPS's totalitárias, nas quais muitas vezes a assujeitação pode chegar ao ponto das roupas serem usadas de forma coletiva.

O domínio das Relações sociais com o segundo maior escore (72,50, DP \pm 2,12) é um dos grandes diferenciais da Vila Vicentina, uma vez que seu modo de funcionamento tem como objetivo preservar os laços familiares e comunitários das idosas.

Uma das facetas deste domínio são as Relações Pessoais, que tendem a diminuir na população idosa, seja por falecimentos de parentes, ou seja, pelo afastamento social. Dentre as idosas da pesquisa apenas uma possuía filhos, e 80% delas nunca haviam se casado; apesar deste quadro, elas mantinham um bom relacionamento pessoal, pois em sua maioria possuíam parentes na cidade, recebiam (7%) e/ou visitavam parentes e amigos

próximos (21%) ou telefonavam para os parentes (3%) com frequência semanal. Apesar dos índices não serem elevados, eles são considerados satisfatórios, principalmente se comparados ao quadro de abandono encontrado nas ILPI's. Muitas idosas também relataram receber a ajuda, tanto financeira quanto nas AVD, de seus parentes e amigos próximos.

As idosas da Vila Vicentina também possuem uma grande interação com a comunidade. O portão da Vila está sempre destrancado durante o dia, e é comum ver os vizinhos da rua entrando e saindo a todo o momento, seja para participar das atividades religiosas, para prestar algum tipo de ajuda ou simplesmente para realizar uma visita. As idosas também freqüentam as casas dos vizinhos com os quais mantêm laços de amizade e, não só recebem ajuda destes como também os ajudam.

Algumas idosas da Vila também costumam manter relações sociais com grupos mais distantes da própria comunidade à qual pertencem, freqüentam comunidades de outros bairros e até de cidades vizinhas.

Apesar dessas características, algumas idosas queixam-se da solidão – sobretudo as que têm dificuldade de se locomover – e principalmente do medo de passar mal sozinhas à noite e não receberem atendimento.

O suporte social que as idosas recebem também é bastante satisfatório, uma vez que elas podem contar com a ajuda dos vizinhos, da comunidade mais ampla, dos Vicentinos, de suas famílias e umas das outras. As idosas relataram sentir-se amparadas na Vila, pois tem o necessário para sobreviver e, caso falte alguma coisa, como por exemplo, remédios, elas podem contar com um amplo leque de ajuda. As relações afetivas entre as moradoras da Vila são perpassadas pelo sentimento de solidariedade, a todo o momento pode-se observar as idosas se ajudando, levando comida para a casa das outras moradoras, dando remédios e verificando se estão bem.

Em terceiro lugar o domínio Ambiente (70,94, DP \pm 2,96) obteve a maior amplitude, ou seja, a maior variação entre as notas máximas e mínimas. Isso significa que não há uma homogeneidade neste domínio. O domínio ambiente possui diversas facetas, e durante as entrevistas e observações pode-se perceber que nem todos são atendidos de forma satisfatória, o que pode justificar seu menor escore, bem como sua variação.

Nas entrevistas as idosas relataram sentir segurança física e proteção, uma vez que por residirem na Vila tem companhia de mais pessoas e também pelo fato dos portões serem trancados após as 19 horas. Também afirmam sentirem-se bem com o ambiente no lar, pois nas casas individuais possuem autonomia para organizar-se da forma como

desejarem o que garante a manutenção de sua identidade. Assim, cada idosa traz consigo seus objetos biográficos (Bosi, 2003), os quais são parte de sua história de vida, os quais as idosas fazem questão de mostrar durante a entrevista.

Nestas casas simples há um sentimento de pertença, de lar, de familiaridade, não apenas pelos objetos, mas por constituírem um espaço de liberdade, em alguns casos, maior do que as idosas experienciaram em outros momentos de sua vida. Ali em sua casa a idosa pode mudar o que quiser, quando quiser, esse sentimento de liberdade foi recorrente nos discursos, sendo apontado como uma das maiores vantagens em se residir na Vila. Tal fato explica a busca voluntária das idosas pela instituição, um lugar onde elas recebem apoio e ainda podem manter sua individualidade, muito diferente da realidade de residir com outros parentes (sobrinhos, primos, irmãos) ou em ILPI's, sendo que em ambos os casos quase não há liberdade.

Por outro lado, na Vila Vicentina existem algumas regras, o que é motivo de muitas queixas veladas, quase sempre ditas quando o gravador era desligado, meio que como uma confissão. Comportamento amparado pelo temor, pelo risco de perder seu lugar na Vila, que afinal ainda é a melhor opção se comparada à casa dos parentes e às ILPI's.

A queixa principal é com relação ao horário de fechamento do portão às 19 horas. A idosa que estava de partida logo no início da pesquisa afirmou que um dos motivos de sua saída era o horário do fechamento do portão, que ela havia sido enganada quanto ao grau de liberdade que teria lá dentro. A maior parte das idosas relatou que gostaria de poder sair para compromissos mais tarde e ter a liberdade de voltar quando quisesse.

A chave fica na guarda de apenas uma das idosas, que também é Vicentina, e as outras idosas a chamam de “tomadeira de conta” ou “diretora”. As demais moradoras vislumbram esta idosa como a personificação do poder, como se apenas ela tomasse as decisões na Vila. O poder não é personificado, ele é, em última instância, uma rede, uma teia que envolve diversos níveis, impossível de escapar (Foucault, 1979). Assim, em qualquer instituição haverá um certo grau de poder, é de sua natureza o processo de fechamento, uma rigidez do instituído, para que nada se mude no local (Lapassade, 1977).

Com relação aos recursos financeiros as idosas afirmam sentirem-se satisfeitas. A Vila cede as casas para as idosas, a prefeitura municipal fornece subsídio para a conta de água. As idosas possuem como despesas apenas as contas de energia e suas despesas pessoais. De acordo com o questionário sócio-demográfico todas as idosas recebem algum tipo de benefício do governo (aposentadoria por tempo de serviço, benefício por invalidez e pensão). Nas entrevistas a maior parte das idosas afirmou possuir dinheiro suficiente para

suas despesas, apenas uma delas disse não conseguir manter-se sozinha, pois como está muito doente e tem muitos gastos com remédios, precisando da ajuda financeira dos Vicentinos e da comunidade.

Há também idosas que dão ajuda financeira para sobrinhos, outros parentes e irmãos. As idosas que possuem poucos gastos com medicamentos possuem uma situação econômica mais estável e assim, além de poder ajudar os familiares, podem comprar bens de consumo, como por exemplo: rádio, televisão, antena parabólica, telefone e etc.

Muitas vezes os idosos são responsáveis pelo sustento da família ou ao menos sua contribuição nas despesas é significativa, o que leva muitas vezes à exploração do idoso pela família (Camarano, 1999). Uma das idosas, que anteriormente residia com a sobrinha, afirmou que um dos motivos para se mudar para Vila foi o fato de ser explorada financeiramente pelos parentes. Ela contribuía com a maior parte de sua aposentadoria e a sobrinha ainda reclamava que era insuficiente, e como punição era mal tratada pela sobrinha.

O domínio ambiente também envolve a faceta cuidados de saúde e sociais, bem como a sua disponibilidade e qualidade. Na segunda parte do questionário sócio-demográfico, que engloba as questões referentes à saúde, 90% das idosas afirmaram conseguir atendimento médico prontamente, e elas recorrem principalmente ao posto de saúde próximo à Vila, seguido pelas clínicas particulares quando não conseguem ser atendidas no posto. Contudo, apesar de conseguirem atendimento, há uma extrema dificuldade em conseguir tratamento com especialistas, ficando a cargo de clínicos gerais. Ainda assim as idosas avaliam como bom o atendimento de saúde ao qual têm acesso.

Durante a aplicação do WHOQOL-bref, as idosas disseram-se satisfeitas quando questionadas sobre a disponibilidade de adquirir novas informações e habilidades. As idosas disseram não sentir falta de novas informações ou habilidades, pois para elas tal fator não interfere em suas vidas.

Outra faceta é a participação em oportunidades de recreação e lazer. Durante as entrevistas as idosas relataram que suas atividades ficam restritas às AVD's e atividades religiosas, faltando assim opções de lazer diversificadas e adequadas às idosas. Queixaram-se pelas opções de lazer serem escassas e ainda quando existem há a dificuldade em participar delas pela restrição do horário de retorno à Vila.

A faceta ambiente físico abarca os quesitos poluição, ruído, trânsito e clima. Como as idosas vivem em uma comunidade em forma de Vila, ou seja, um local semi-fechado, estas variáveis estão controladas. Há também a faceta transporte, que é uma grande queixa

das idosas. Nas entrevistas afirmaram não poder realizar tantas atividades quanto queriam, como por exemplo, fazer compras, visitar parentes que residem em bairros afastados, ir a médicos especializados, tudo pela dificuldade em conseguir transporte. É uma realidade já que o transporte público no Brasil é de má qualidade, e na cidade de Varginha isto não é diferente; as idosas relatam que o ponto de ônibus é distante e que nem sempre os motoristas respeitam as necessidades dos passageiros idosos. A Vila não possui carro para atender às moradoras; muitas vezes o que ocorre, é que em casos de emergência os próprios Vicentinos usam seus carros para locomovê-las.

Com o menor escore o domínio Físico (70,71, DP \pm 1,30) envolve diversas facetas que naturalmente tendem a sofrer uma queda com o avanço da idade. No entanto, a população deste estudo de caso, devido às próprias condições necessárias para ingressar na Vila Vicentina, obtiveram um alto escore no domínio físico em comparação com outras amostras – apesar de ter sido o menor dos quatro domínios, a diferença entre o domínio físico e os demais não foi significativa.

O domínio físico engloba as facetas dor e desconforto, que 17% das idosas relataram ser a queixa da última visita ao médico, sendo que 70% delas afirmam sentir dores freqüentes, principalmente na coluna (43%). Nas entrevistas, por diversas vezes, as idosas atribuíram suas dores ao próprio processo de velhice, bem como às atividades laborais pesadas exercidas durante toda a vida. O trabalho era pesado e desgastante, trabalhavam como faxineira, lavadeira, passadeira, ajudante de pedreiro, cuidadora de idosos, na lavoura, etc., como solteiras ou viúvas e, em função da pouca escolaridade (80% possuem quarta série completa ou menos) precisavam se sujeitar a estas condições.

A energia e fadiga são facetas que se referem à disposição para realizar atividades, e como podemos perceber no escore do WHOQOL-bref, a população estudada sente-se com muita energia. Nas entrevistas relataram realizar diversas atividades ao longo do dia, inclusive ajudando as outras colegas da Vila. Sono e repouso também são outras facetas que foram avaliadas positivamente pela maior parte das idosas, que em geral não possuem dificuldades para dormir.

A faceta mobilidade, que está intimamente ligada à independência das idosas, obteve escore discrepante, uma vez que entre parte das idosas obteve escores altos, e em outra parte obteve escores baixos. Algumas idosas, com problemas de saúde sofreram decréscimo em sua mobilidade, as quais não saem à rua, ficando restritas apenas à Vila; estas idosas necessitam da ajuda de outras pessoas para realização de tarefas externas. A

acessibilidade delas fica ainda mais comprometida pela falta de planejamento urbano, bem como pela falta de equipamentos adequados para locomoção.

Conforme exposto anteriormente, as idosas da Vila conseguem realizar a maior parte de suas Atividades da Vida Diária (AVD's) com independência. Todas conseguem realizar as ABVD's (Atividades Básicas da Vida Diária), ou de autocuidado. 80% delas são capazes de realizar as AIVD's (Atividades Intermediárias da Vida Diária); as idosas que não conseguem realizar estas atividades recebem auxílio das demais e 80% também são capazes de realizar as AAVD's (Atividades Avançadas da Vida Diária).

Nas entrevistas as idosas relataram que sentem prazer em realizar suas AVD's, pois trabalharam e vida inteira e não conseguiriam ficar paradas na velhice, afirmaram também que a maior vantagem de morar na Vila é poder cuidar de suas casas do jeito que gostam e que sempre foram acostumadas a fazer. Elas sentem-se orgulhosas de se manterem ativas e ainda serem capazes de ajudar outras pessoas que necessitam de apoio.

A maior parte das idosas relatou possuir capacidade para trabalho, no entanto nenhuma delas desenvolve atividades remuneradas, e apenas 30% realizam trabalhos manuais por *hobbie*. Elas expõem que já trabalharam muito ao longo de suas vidas e que agora não é mais necessário.

Com relação às facetas dependência de medicação e tratamentos, o questionário sócio-demográfico demonstrou que 60% das idosas utilizam ao menos 2 medicamentos de uso contínuo, havendo em alguns casos a presença de polifarmácia e automedicação. É notória, também, a grande incidência de casos de doenças crônicas em 60% da população, sendo a principal delas a hipertensão, que acomete 42%; tais doenças levam à dependência de medicamentos e tratamentos médicos.

Os resultados apontam que as idosas residentes na Vila Vicentina possuem um nível de Qualidade de Vida satisfatório, alcançado tanto pelas características da própria amostra, ou seja, pela presença de características psicológicas já diferenciadas como satisfação com a vida, visão positiva, religiosidade, bons escores no domínio físico; quanto pelas características da instituição que lhe garantem um maior grau de liberdade, atividade, manutenção dos laços sociais e identidade.

CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões acerca do envelhecimento estão na ordem do dia, o aumento da população idosa no Brasil e no mundo tem feito com que esta população seja vista ora como um mercado promissor em ascensão, ora como uma ameaça ao sistema de saúde. Sem embargo a estas posições extremistas, faz-se imperativo o estabelecimento de políticas de assistência de saúde e de atendimento a esta população.

Os idosos, enquanto categoria social, passaram a ser reconhecidos como seres de direito recentemente em nossa sociedade. Os primeiros passos rumo à preservação dos direitos dos idosos – a Constituição de 88, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso – já foram dados, no entanto poucas práticas foram mudadas. Os idosos ainda continuam à margem da sociedade e mesmo quando ainda residem em suas casas, com suas famílias estão submetidos a um alijamento, um isolamento escamoteado, ou então, de forma mais evidente, encontram-se excluídos em asilos, nos dizeres de Beauvoir (1990), nos morredouros. Esta postura da sociedade é um reflexo da ideologia pós-moderna do individualismo que vê no idoso um reflexo do que se quer negar: a finitude do homem (Debert, 1999).

Os atuais modelos de atendimento prestados aos idosos encontram-se basicamente centrados nas ILPI's, que em geral são vinculadas a instituições de caridade, as quais apesar da alegada boa vontade prestam um serviço precário. Muitas vezes em nossa prática cotidiana presenciamos instituições que funcionam sem as condições mínimas e, no entanto, continuam atendendo aos idosos pela falta de alternativas.

A oferta de serviços de atendimento aos idosos de forma não-asilar se dá de forma pontual e muitas vezes ineficaz, o que resulta em internações desnecessárias em ILPI's.

Tal situação é reflexo da ausência do Estado, que relega à sociedade civil e às famílias a obrigação de cuidar desta população. Esta realidade é um dos fatores que tem ocasionado o grande número de maus tratos atualmente sofridos pelos idosos, tanto nas famílias quanto nas ILPI's.

Assim como foi imprescindível a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, atualmente faz-se imperativa a necessidade de abolir os modelos de ILPI's que atuam de forma totalitária e segregadora. Os modelos de ILPI's vigentes encontram-se ultrapassados e sustentam-se no silêncio dos idosos que estão isolados por muros e grades e de seus algozes, a própria sociedade, que prefere se manter afastada do que a incomoda.

Sabemos que o processo de envelhecimento é idiossincrático, permeado por questões históricas e culturais, desta forma é impossível estabelecer um modelo de envelhecimento único, bem como formas generalizadas de atendimento a esta população. Também não é possível propor formas de atendimento que sejam permanentes, a população idosa enquanto classe social continuará a sofrer mudanças em sua constituição.

Um modelo assistencial eficaz deve contemplar as necessidades específicas de cada população. Este estudo de caso observou e analisou a Vila Vicentina, uma ILPI que difere do modelo totalitário ainda vigente, buscando caracterizar quais são os seus avanços bem como suas carências, utilizando como parâmetro a Qualidade de Vida.

Foi verificado um alto índice de Qualidade de Vida nesta população, as categorias que mais influenciaram esta população foram o domínio Psicológico e Relações Sociais, seguidas pelos domínios Ambiente e Físico respectivamente.

O domínio Psicológico, conforme demonstrado por outros autores é o que menos tende a sofrer mudanças ao longo da vida, assim é possível inferir que esta população já possuía altos escores neste domínio mesmo antes de virem residir na Vila. Associados a tal fator os altos escores podem ser justificados também pela forte presença do componente espiritualidade/religiosidade/crenças, uma vez que todas as idosas são religiosas praticantes e ainda residem em um local também fortemente marcado pela religiosidade.

Devido à estrutura da Vila o domínio Relações Sociais encontra-se em níveis satisfatórios, as idosas possuem bom contato interno, bem como com a população externa: comunidade e família, sendo este um dos grandes diferenciais desta Vila. A manutenção dos vínculos é de extrema relevância (em qualquer fase da vida) para que o sujeito possa vivenciar sua afetividade, seja ela positiva ou negativa. A Vila proporciona às idosas a possibilidade de expressar sua afetividade de forma plena e livre, praticando a solidariedade cotidianamente, estabelecendo configurações vinculares, o que propicia o desenvolvimento de seu Processo Grupal (Lane, 1984).

O Ambiente foi o terceiro domínio mais influente na Qualidade de Vida das Idosas do presente estudo. A liberdade de ir e vir, bem como o fato de continuarem realizando as Atividades da Vida Diária com independência são fatores de grande impacto na QVD. Aliada a estes fatores, as idosas também tem a possibilidade de habitar residências individuais e manterem seus objetos biográficos, o que permite que mantenham preservada sua identidade individual e produzam uma identidade coletiva de moradores da Vila Vicentina.

No entanto, as relações de Poder estão marcadamente presentes na Vila sob a forma de normas, principalmente no controle do horário do fechamento dos portões, que é a principal queixa das idosas. Esta restrição limita sua liberdade, e elas acabam deixando de realizar diversas atividades. A necessidade de materializar as relações de poder, de transformá-las em familiares, fez com que as idosas depositassem este papel em uma das moradoras que também pertence ao grupo dos Vicentinos. Como afirma Foucault (1979), o poder não pode ser personalizado, seja no Estado ou em uma figura política, o poder é estabelecido em uma teia, uma rede de relações que formam uma superestrutura da qual não podemos escapar. Assim, nesta instituição, de certa forma também sempre haverá relações de poder, no entendo de forma mais fluida e possível de ser questionada, diferentemente das ILPI's totalitárias.

Com os menores escores, o domínio Físico foi afetado pela alta incidência de doenças crônicas nas idosas, bem como pela presença de dores e polifarmácia. Apesar destes fatores, em geral esta população ainda apresenta elevado nível no domínio físico, pois ainda se mantém ativa e independente.

A Qualidade de Vida geral da população estudada apresentou níveis satisfatórios. Eles são demonstrados pelos altos níveis de QVD com uma grande dispersão em sua avaliação, o que corrobora com a assertiva de que a Qualidade de Vida é idiossincrática assim, mesmo estando sob as mesmas condições de vida, há uma variação na percepção da QVD entre as idosas.

Desta forma, fica evidente que a Qualidade de Vida é um constructo que envolve diversos domínios, que por sua vez se desdobram em múltiplas facetas. Além de ser multideterminada, a Qualidade de Vida, assim como a própria vivência da velhice, varia de acordo com os determinantes culturais e históricos.

Diante da heterogeneidade da população idosa e da multideterminação da Qualidade de Vida, aliadas à interação com a historicidade faz-se imprescindível propor modelos de atendimentos asilares que sejam contextualizados com estes fatores.

O modelo de atendimento asilar nas próximas décadas sofrerá um aumento em sua demanda, pois os fatores que levam à institucionalização (morar só, não ter filhos, celibato, possuir doenças crônicas incapacitantes, e etc.), tenderão a aumentar com o estilo de vida moderno (Chaimowicz & Greco,1999). Desta forma, o modelo de atendimento asilar faz-se necessário, no entanto, ele deve atender a uma população específica e oferecer um serviço de qualidade.

Assim, urge a necessidade de se repensar o modelo assistencial asilar, uma vez que as atuais ILPI's, em sua maioria, atuam no regime totalitário e atendem minimamente as necessidades básicas dos idosos, estando longe de um padrão de Qualidade de Vida satisfatório.

É importante considerar como opções aos modelos asilares clássicos as instituições que propõem formas de atendimento alternativas, como a apresentada nesta pesquisa. A Vila Vicentina, apesar de seus problemas estruturais e normativos, consegue proporcionar um ambiente em que o idoso mantém e estabelece novos vínculos com outros idosos, suas famílias e sociedade em geral, vivenciando de forma plena sua afetividade. Os idosos também podem manter seu processo identitário a partir da liberdade de ação e possibilidade de experienciar sua individualidade oferecidas pela filosofia de caridade Vicentina e pela estrutura da própria Vila Vicentina. Apesar das relações de poder vivenciadas a partir das normas institucionais, este modelo de assistência proporciona condições para que haja um nível satisfatório de Qualidade de Vida para seus moradores.

Acreditamos que outras alternativas de atendimento que preservem a identidade e a própria saúde mental dos idosos são possíveis e podem ser assumidas pelos serviços públicos de saúde e assistência social. Propostas de centros de convivência, núcleos de atendimento e assistência, clubes de terceira idade, entre outros, são projetos possíveis e desejáveis na atualidade, uma vez que permitem a manutenção dos laços sociais, a autonomia, a manutenção dos vínculos afetivos já existentes e a constituição de novos vínculos.

Sabemos que o envelhecimento é inexorável, podendo ser contido apenas com o fim da vida. Por ser inevitável e ao mesmo tempo inaceitável para a sociedade atual ele é fonte de muita angústia. O silêncio acerca do tema está ligado ao desconforto causado com a projeção que fazemos em nós mesmos, como afirma Mucida (2006), *falar da velhice incomoda porque expõe o limite ao qual todos nós somos submetidos. Falar da velhice desacomoda, exigindo certa acomodação dos traços e dos restos advindos pelas perdas, pelas mudanças de imagem e na relação com o Outro.*

No entanto, não podemos nos furtar ao debate destas questões. Nós psicólogos, enquanto agentes promotores de saúde mental, precisamos estar sempre atentos às formas sutis de naturalização das práticas segregatórias e causadoras de sofrimento ao sujeito. A denúncia e a busca pela mudança devem estar presentes no nosso fazer cotidiano.

REFERÊNCIAS

- Afonso, Maria Lúcia. (2006) *Oficinas de Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Albuquerque, J. A. G. (1986) *Instituições e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ªed.
- Almeida, F. S. (2005). *Idosos em Instituições asilares e suas representações sobre família*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Goiás. Goiás, Goiânia.
- Araújo, M. O. P. H. (2003). *O autocuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência*. Dissertação mestrado Unicamp. Campinas, São Paulo.
- Beauvoir, S. de. (1990) *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Borges, M. C. M. (2003). *Gestão Participativa em Organizações de Idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Born, T. & Boechat, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Bos, A. M. G., & Bos, A. J. G. (2004) Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38, 113-120. Recuperado em 29 de marco, 2006, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100016
- Bosi, E. (2003). *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Brüggemann, O. M., & Parpinelli, M. A. (2008). Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Revista de Escola de Enfermagem da USP* 42 (3).

Brum, A. k. R., Tocantins, R. F. & Silva, T. J. E. S. (2005) O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 11-25. Recuperado em 29 de março, 2006, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600015

Camarano, A. A. (Org.), Beltrão, K. I., Pascom, A. R. P., Medeiros, M., Carneiro, I. G., Goldani, A. M., Vasconcelos, A. M. N., Chagas, A. M. R., & Osório, R. G. (1999). *Como vai o idoso brasileiro?* (Texto para discussão, N° 681). RJ, Rio de Janeiro: IPEA.

Camarano, A. A. (2002) Texto para discussão n° 858. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA.

Carone, I. (1984). *A dialética marxista: uma leitura epistemológica*. In S. Lane & W. Codo (Org.) *Psicologia Social: o homem em movimento*. (Chap. 2, pp.20-30) São Paulo: Brasiliense.

CFP, (2008). Relatório de inspeção a instituições de longa permanência para idosos. Brasília.

Chaim, J., Izzo, H., & Sera, C. T. N. (2009). Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *Revista O Mundo da Saúde São Paulo*. 33(2)175-181.

Chaimowicz, F., & Greco, D. B. (1999) Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 33(5). Recuperado em 17 de outubro, 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500004&lng=pt&nrm=iso

Chepp, C. C. (2006). Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-bref da população octagenária e nonagenária de Siderópolis. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina.

CIAMPA, A. C. (1987) *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense.

Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M. & Lima, V. M. (2004) Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12(3). Recuperado em 17 de outubro, 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300010&lng=pt&nrm=iso

Decreto N. 1.948 – de 3 de julho de 1996. (1996) *Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências*. Recuperado em 15 de novembro, 2008, de <http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politicafederaledec1948.htm>

Demo, P. (1995). *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. (3a ed.) São Paulo: Atlas.

Demo, P. (1998, abril). Pesquisa Qualitativa busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. *Rev. Latino-Americana de enfermagem*, 6(2), 89-104.

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP.

Debert, G. G. (2003). Velhice e tecnologias do rejuvenescimento. 32º Encontro Anual da ANPOCS. Mesa redonda 6, Corpo, envelhecimento e identidades culturais.

Deps, V. L. (1995) In Néri, A. L. (Org.). *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas, SP: Papirus.

Domingos, A. M. & Menezes, I.G.; (2005, Julho) Sobre o apoio social em um centro de convivência: A Percepção dos Idosos. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recuperado em 12 novembro, de 2008 de <http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/ApoioSocialEmUmCentroDeConvivencia.pdf>

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. (n.24, pp. 213-225). *Educar*. Curitiba: Editora UFPR.

ESTATUTO DO IDOSO. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Em vigor desde 1 de janeiro de 2004. Recuperado em 21 de dezembro, 2008, de http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

Enriquez, E. (2001) *O vínculo Grupal*. In *Psicossociologia: Análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica.

Fernandes, R. S.; & Park, M. B. (2006, jan/abr) Lembrar-esquecer: trabalhando com as memórias infantis. *Caderno CEDES*, 26(68) Campinas.

Foucault, M. (1979) *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Freitas, M. C., Maruyama, S. A. T., Ferreira, T. F., & Motta, A. M. A. (2002, março/abril) Perspectiva das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 10 (2), 221-228. Recuperado em 22 de novembro, 2007, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10518.pdf>

Gardini, M. A. (2000) *Uma base científica para o estatuto do idoso*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Gill, R. (2007). Análise do discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskel (Ed.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. RJ: Vozes.

Gorzoni, M. L., & Pires, S. L. (2006) Idosos asilados em hospitais gerais. *Revista de Saúde Pública*. 40(6). Recuperado em 17 de outubro, 2007. de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700024&lng=pt&nrm=iso.

Goffman, E. (1974) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva S.A.

Groisman, D. (2002, janeiro/abril) A velhice, entre o normal e o patológico. *Revista História, Ciência, Saúde de Manguinho*. 9 (1), 61-78. Recuperado em 20 de novembro, 2007, de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a04v9n1.pdf>

Guedes, S. L. (2000) A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. *Revista brasileira de Ciências Sociais*. 15(43), 69-82. Recuperado em 13 de outubro, 2006, de <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n43/005.pdf>

Heller, A. (1985) *Teoria de los sentimientos*. Barcelona: Editorial Fontamara.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no País. Estudos e Pesquisas, Informações Demográficas e Socioeconômicas número 9*. Rio de Janeiro. Recuperado em 24 de novembro, 2008, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>

Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007, fevereiro) Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*. 41 (1). Recuperado em 22 de Abril, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Lane, S. (1984). A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In S. Lane & W. Codo (Org.) *Psicologia Social: o homem em movimento*. (Chap. 2, pp.10-19) São Paulo: Brasiliense.

Lapassade, G. (1977) *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Magnani, J. G. C. (1996). *O (velho e bom) diário de campo*. [Mimeo] São Paulo, novembro de 1996.

Maheirie, K. (2001). *Sete mares numa ilha: a mediação do trabalho acústico na construção da identidade*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Maheirie, K. (2002, janeiro/junho). Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Revista Interações*. 7(13), 31-44.

Martín-Baró, I. (1989) *Sistema, grupo y poder*. San Salvador: UCA Editores.

Marques, S. & Calheiros, M.M. (2006, dez) O modelo lógico como instrumento de avaliação da qualidade. *Revista Kairós*, São Paulo, 9(2), 147-167.

Matos, N. M. (2006). *O significado do lúdico para os idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2005, janeiro/março). O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. *Estudos de Psicologia*. 22(1), 23-32.

Mazzotti, A. J. A., & Gewandsznajder, F. (2004). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. (2ª ed.) São Paulo: Pioneira Thomson.

Mazzotti, A. J. A. (2006, set./dez.) Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa* 36(129), 637-651.

Mendonça (2006, dez). Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas *Revista Kairós*, São Paulo, 9(2), 169-190.

Mincato, P. C., & Freitas, C. L. R. (2007) Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, 4 (1), 127-138. Recuperado em 15 de março, 2008, de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98>

Mucida, A. (2006) O sujeito não envelhece. Belo Horizonte: Autêntica.

Negrine, A. (2000) *Brinquedotecas. A criança, o adulto e o lúdico*. Florianópolis: Vozes.

Néri, A. L. (Org.). (1993) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.

Néri, A. L. (Org.). (1995) *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas, SP: Papirus.

Nogueira, C., (2008). Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(2), 235-242.

Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006) Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*. 40(4). Recuperado em 17 de outubro, 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=pt&nrm=iso

Pacheco, K. M. B., & Ciampa, A. C. (2006). O processo de metamorfose na identidade da pessoa com amputação. *Actafisiátrica*. 13(3), 163-167. Recuperado em 23 de julho, 2008, de http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/CFA0860E83A4C3A763A7E62D825349F7/editoracao_13-03_163-167.pdf

Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Pagès, M. (1976) *A vida afetiva dos grupos*. Petrópolis: Vozes.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006, Janeiro/Abril) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 28 (1).

Pichon-Rivière, E. (1998) *O processo grupal*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

Política Nacional do Idoso Lei N. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 22 de abril, 2007 de <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>

Portaria N° 2.414, de 23 de março de 1998. (1998) Assunto: *Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico*. Recuperado em 18, dezembro de 2009 de <http://www.senado.gov.br/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria2414.doc>

Portaria N° 2.874, de 30 de agosto de 2000. *Altera dispositivos da Portaria N° 2854, de 19 de julho de 2.000*. Recuperado em 22, setembro de 2009 de <http://www.senado.gov.br/conleg/Idoso/DOCS/Federal/Portaria2874.doc>

Proença, W. L., (2008, maio). Observação Participante. *Revista Antropos* 2(1), 8-33. Recuperado em 24 novembro, 2008, de <http://revista.antropos.com.br/downloads/Artigo%202%20-%20O%20m%e9todo%20da%20observa%e7%e3o%20participante%20-%20Wander%20de%20Lara%20Proen%e7a.pdf>

Regra (2007). Sociedade São Vicente de Paulo. 30 ed. Rio de Janeiro/RJ. CNB da SSVV. Recuperado em 15 de setembro, 2008, de http://www.ssvvonline.org/downloads/Regra_da_SSVV-2007.pdf

Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (1996). Dispõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Recuperado em 14 de julho, 2008, de <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>

Rocha, D., & Deusdará, B. (2005, jul/dez). A análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Revista Alea* 7(2), 305-322.

Rodrigues, M. C. (2003) As novas imagens do idoso veiculadas pela mídia: transformando o envelhecimento em um novo mercado de consumo. *Revista da UFG*, 5(2.)

Santos, R. S. (2000). *Metodologia Científica a construção do conhecimento*. RJ: DP&A editora.

Scharfdtein, E. A. (2006) *Instituições de Longa Permanência: Uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. UFRJ.

Silva, V. T. S. (2007). *O cuidado do idoso no domicílio*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Souza, J. L. C. (2003) Asilos para idosos: o lugar da face rejeitada. *Trilhas Revista do Centro de Ciências Humanas e Educação*. 4 (1), 77-86.

Spink, P. K. (2003, jul/dez). Pesquisa de campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia e Sociedade* 15 (2), 18-42.

Turato, E. R. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública* 39(3), 507-14.

The Whoqol Group (1995). *The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation*, Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005, setembro) Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*. 8 (3).

Vieira-Silva, M. (2000) *Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Vieira-Silva, M. & Queiroz, G. A. (2005) Afetividade, identidade, poder: articulações com o desenvolvimento do processo grupal. *Anais do III Congresso de Produção Científica da UFSJ - 12º Seminário de Iniciação Científica*, São João del-Rei, MG, Brasil.

Vieira-Silva, M.; Queiroz, G. A.; Miranda, S. F., Costa, A. L. P., & Castilho, S. S. (2005) A música e suas articulações identitárias: considerações preliminares a partir de um estudo histórico-analítico em corporações musicais de São João del-Rei. *Anais do IV fórum de investigação qualitativa/III painel brasileiro/alemão de pesquisa*, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Vieira-Silva, M. & Queiroz, G. A. (2005) Desenvolvimento identitário, cultura e poder em corporações musicais de São João del-Rei. *Anais do IV Congresso de produção científica da UFSJ - XIII seminário de Iniciação Científica*, São João del-Rei, MG, Brasil.

Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999) Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 12(2). Recuperado em 8 de novembro, 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015&lng=pt&nrm=iso

World Health Organization (2006). *Integrating poverty and gender into health programmes: a sourcebook for health professionals* (module on ageing). Recuperado em 3 de maio, 2008, de [http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0FACC335-E57F-4CFA-A9C3-9B17A8E94F5C/0/26 October 2006 Module on ageing.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0FACC335-E57F-4CFA-A9C3-9B17A8E94F5C/0/26%20October%202006%20Module%20on%20ageing.pdf)

Ximenes, M. A. & Corte, B. (2006). O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. *Revista Kairós* 9(2), 135-145.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed.

ANEXOS

1. Questionário

Entrevistas com Idosos	
1. Casa n°: _____	3. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
4. Naturalidade: _____	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
5. Estado: _____	8. Possui Família na Cidade onde reside? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado	10. Quantos filhos vivos Possui? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais
9. Antes de se mudar para a instituição onde residia? <input type="checkbox"/> Morava só <input type="checkbox"/> Com filhos <input type="checkbox"/> Em outra instituição <input type="checkbox"/> Com o companheiro <input type="checkbox"/> Com outros parentes	11. Há quanto tempo reside nesta instituição? _____ <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Sabe ler, e escrever
12. Em qual localidade residia antes de vir para instituição? <input type="checkbox"/> Na zona rural <input type="checkbox"/> Nesta cidade <input type="checkbox"/> Em outra cidade	13. Grau de Escolaridade: <input type="checkbox"/> 4º Série Completa <input type="checkbox"/> 8º Série Completa <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo <input type="checkbox"/> 3º Grau Completo
14. Qual a sua renda atual? <input type="checkbox"/> Não Possui renda <input type="checkbox"/> 2 salários mín. <input type="checkbox"/> superior a 3 salários mín. <input type="checkbox"/> 1 salário mín. <input type="checkbox"/> 3 salários mín.	15. Com qual idade de aposentou? _____
18. Consegue se manter sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	16. Qual sua profissão? _____
18.1 Quem o ajuda financeiramente? <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Ex-patrão <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Entidades <input type="checkbox"/> Vizinhos	17. Qual tipo de aposentadoria recebe? <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Tempo de serviço
19.1 Se sim, qual parente você ajuda? <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Nora/Gento <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Bisnetos <input type="checkbox"/> Outros parentes	19. Você ajuda financeiramente algum parente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

20. Possui algum problema de saúde grave? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	24. Foi hospitalizado nos últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20.1 Se sim, Qual problema? _____	24.1 Se sim, qual foi o motivo? _____
21. Possui alguma doença crônica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	24.2 Quanto tempo durou a internação? _____
21.1 Se sim, Qual doença? _____	24.3 Se não, quando foi a última internação? _____
22. Toma algum medicamento de uso prolongado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	24.4 Qual foi o motivo? _____
22.1 Se sim, Qual medicamento? _____	24.5 Quanto tempo durou a internação? _____
23. Foi ao médico nos últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	25. Sente dores freqüentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23.1 Se sim, qual a queixa? _____	25.1 Se sim, onde? _____
27. Consegue atendimento médico prontamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	28. Qual especialista procura com mais freqüência?
25. Qual tipo de atendimento médico recebe?	<input type="checkbox"/> Ginecologista <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Endocrinologista
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> Clínica Particular	<input type="checkbox"/> Urologista <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Posto de Saúde <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Cardiologista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
30. Você pratica atividades físicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30.1. Se sim, qual tipo de atividade?	
<input type="checkbox"/> Ginástica <input checked="" type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Hidroginástica <input type="checkbox"/> Outro: _____	

<p>31. Das atividades relacionadas abaixo, quais realiza sozinho?</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidar da casa <input type="checkbox"/> Pagar contas <input type="checkbox"/> Usar transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar roupas <input type="checkbox"/> Fazer compras <input type="checkbox"/> Manuseio de Telefone</p> <p><input type="checkbox"/> Cozinhar <input type="checkbox"/> Receber aposentadoria <input type="checkbox"/> Trabalhos Manuais</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidar da horta <input type="checkbox"/> Resolver problemas Bancários <input type="checkbox"/> Manuseio de Medicação</p>	<p>32. Destas atividades quais realiza pelo menos 1 vez por semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Ir à casa de amigo <input type="checkbox"/> Fazer um passeio <input type="checkbox"/> Visitar Parente</p> <p><input type="checkbox"/> Conversar com amigo <input type="checkbox"/> Participar de grupo <input type="checkbox"/> Telefonar Parente</p> <p><input type="checkbox"/> Receber amigos <input type="checkbox"/> Realizar Trabalho <input type="checkbox"/> Receber visita de Parente</p>
<p>33. Quando precisa de auxílio nas tarefas quem o ajuda?</p> <p><input type="checkbox"/> Outro morador <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Amigos</p>	<p>34. Com quais atividades gasta a maior parte do seu dia?</p> <p><input type="checkbox"/> Vendo TV <input type="checkbox"/> Cuidando da casa <input type="checkbox"/> Com amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalhos Manuais <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>35. Possui religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>36. Você participa de cultos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>35.1 Se sim, qual a sua religião?</p> <p><input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Presbiteriano</p>	<p>36.1 Se sim, com que frequência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por semana</p>
<p>37. Você ora sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>37.1. Com que frequência você ora sozinho?</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 1vez ao dia <input type="checkbox"/> 1 vez ao dia</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana</p>

2. WHOQOL-bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

3. Roteiro de Entrevista

Questões

1. Como era sua vida antes de residir na vila vicentina?
2. Como é seu dia-a-dia na vila vicentina?
3. Como é viver na vila vicentina?
4. Quais são os pontos positivos de residir na vila?
5. Quais são os pontos negativos de residir na vila?
6. Para você o que é envelhecer bem?
7. Como você se sente com o seu envelhecimento?

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **“O IMPACTO DA ENTRADA DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM MODELO ALTERNATIVO DE ASSISTÊNCIA”**.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é investigar um novo modelo atendimento aos idosos, e caso você participe, será necessário responder a um questionário e a uma entrevista.

Não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Varginha,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: (35) 3221-3134 ou (32)3373-9016

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)